BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

BRUGNOLI CAV. PROF. GIOVANNI — DIRETTORE

BACCHI DOTT. ALESSANDRO
BELLUZZI DOTT. CESARE
CAPURI DOTT. ANTONIO
CORAZZA DOTT. LUIGI
GIOVANINI DOTT. ANTONIO
GOLINELLI DOTT. LEOPOLDO
PILLA DOTT. GIOVANNI VICE-DIRETT.
RIZZOLI COMM. PROF. FRANCESCO
VELLA PROF. CAV. LUIGI
ZANI CAV. DOTT. IGNAZIO

Anno XLII. Ser. V. Vol. XI.

Febbraio 1871

(pubblicato il 16 Marzo 1871)

BOLOGNA
TIPI GAMBERINI E PARMEGGIANI
1871

INDICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL FASCICOLO DI FEBBRAIO 1871

MEMORIE ORIGINALI

Gastrotomia in un caso straordinario di ano preternaturale nella regione dell' ombellico. Memoria. — Rizzoli *Prof.* F. pag. 81
Storia di un caso di lussazione metacarpo-falangea posteriore completa del dito mignolo della mano destra, non ridotta, e considerazioni relative. — Galvagni *Dott.* E. . . . » 101

SUNTI DI OPERE E DI DISSERTAZIONI

Sull' infiammazione e la cangrena per Samuel di Konigsberg. » 113

RENDICONTI ACCADEMICI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Libri in dono . . . . . » 127, 128, 130, 132
Letture . . . . . » 128, 129, 130, 133
Annunzio necrologico . . . . . » 129
Osservazioni d' ostetricia. Discussione . . . . . » ivi
Quadro delle Cariche della Società pel 1871. . . . . » 131

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WellMOmec
Coll.
No.

MEMORIE ORIGINALI

GASTROTOMIA IN UN CASO STRAORDINARIO DI ANO PRETERNATURALE NELLA REGIONE DELL' OMBELLICO. — Memoria del Prof. *Francesco Rizzoli.*

Dacchè alla nostra Accademia delle Scienze ebbi l' onore d' esporre i casi più rari da me osservati d' intestinali aperture costituenti fistole stercoraceè, od ani preternaturali in varie regioni delle pareti addominali, e rendere noti i varii espedienti da me posti alla prova affine d' ottenerne la guarigione (1), nel lungo periodo di poi trascorso non pochi altri ne vidi, e ne curai, i quali però non offrirono particolarità degne di essere menzionate.

Soltanto a ciò due ne fanno eccezione, e uno d'essi singolarmente sia per l' origine sua profonda, sia per l' entità dei mezzi curativi cui si ebbe ricorso a tentarne la guarigione.

---

(1) Sessione del 22 Gennaio 1846.

Di questi due casi adunque tesserò ora la storia, in quel modo più succinto che mi potrà esser permesso.

Un distinto Signore, nativo di Carpi, di 33 anni, di buona costituzione in un tal giorno del 1854 facendo dei salti, risentì all' inguine destro un vivo dolore, e tale da fargli credere che un corpo escirne volesse. Portatavi difatto la mano, vi rinvenne una insolita tumidezza, che si fece ben presto intensamente dolorosa.

Mandò egli incontanente a chiamare un chirurgo, il quale dopo alcune ore sopraggiunto, conobbe essersi formata un' ernia, e ne tentò il tassi, ma inutilmente. E ciò che peggio si fu non tardarono a manifestarsi fenomeni che ne indicavano lo strozzamento, i quali non cedendo di poi ad appropriato metodo curativo, costrinsero il chirurgo ad eseguire la chelotomia.

Malauguratamente però questa operazione fu di troppo ritardata, avvegnachè la porzione d' intestino tenue fuori escita, era già passata in isfacelo, motivo per cui un fiotto di materie stercoracee sgorgò nell' atto che facevasi la dissezione della membrana peritoneale che avvolgeva l' ernioso intestino.

Invano per molti mesi l' infermo si assoggettò a varii trattamenti curativi nella speranza di liberarsi dallo schifoso e molesto ano preternaturale che ne susseguì; laonde il 25 Gennaio 1857 egli entrò nella Clinica da me diretta per sottomettersi a qualche altro tentativo di cura.

Dagli esami che ne feci, facile mi riescì il conoscere, che la porzione intestinale staccatasi era un'ansa dell'ileo, ed agevole mi fu il notare che il canale inguinale era scomparso in modo da formare delle due una sola ampia inguinale apertura, ai contorni cutanei della quale aderivano le due estremità superstiti dell' intestino troncato, le quali poi mantenevansi fra loro internamente

paralelle, anzi ove le due opposte pareti toccavansi, per non breve tratto sembravano fra loro aderenti, così che erasi formato uno sperone, il quale serviva d' ostacolo al passaggio delle feccie dal tratto intestinale superiore all' inferiore.

L' indicazione adunque che per la prima si offriva, era quella di struggere quello sperone, e ciò non potea essere molto difficile, perchè l' apertura, cui aderivano con esteso tratto della loro circonferenza gli sbocchi di quel troncato intestino, avea a un dipresso le dimensioni di una moneta da un soldo, e conservavasi così ampia, in ispecial modo perchè la porzione corrispondente al superiore intestinale moncone tendeva ad arrovesciarsi, ed a protrudere dalla medesima.

In questo caso, e col fine di togliere quello sperone, applicai il mio enterotomo (1) il quale molto meglio di quello di *Dupuytren*, e di altri, è capace di comprimere e schiacciare egualmente in ogni suo punto il tramezzo su cui deve agire, affine d' ottenerne la distruzione.

Nello applicarlo però usai delle maggiori cautele per dominare con sicurezza esso sperone, avendo anche per osservazioni mie proprie potuto confermare, che non di rado, ove i due estremi del troncato canale rimangono accostati, s'insinua porzione di qualche altra ansa vicina, la quale perciò con rischio gravissimo avrebbe potuto in un collo sperone essere pur presa, e schiacciata dalle branche dell' istrumento.

L' applicazione dell' enterotomo fu fatta il giorno 30 dello stesso Gennaio, e se ne ebbe la spontanea caduta il 4 del successivo Febbraio, essendosi mantenute nei contorni dello sperone compresso, in ogni punto le desiate

---

(1) Collezione delle mie Memorie.

aderenze, e formata così ampia apertura di comunicazione fra le due anse da permettere alle materie fecali di passare agevolmente dall' uno all' altro moncone, e deviare perciò dalla innormale apertura anale esistente nell' inguine.

Ad onta però di tale successo, trascorso che fu un periodo di tempo non breve, questa apertura non essendosi menomamente rimpiccolita, e resistito avendo all' uso di convenienti presidii, in causa della tendenza che avea, per quanto ne dissi, specialmente il superiore intestinale moncone ad arrovesciarsi, ed a protrudere, convenne pensare a favorirne la chiusura con mezzi anche più proprii.

Come è noto, sin dall'anno 1835, e cioè molto prima che il *Sims* preconizzasse la sutura metallica per la cura delle fistole vescico-vaginali, io avea applicata una sutura pure metallica, in un uomo di 35 anni giacente nello Spedale Provinciale e Ricovero affetto da ano preternaturale all' inguine destro, per tentarne colla medesima la guarigione, ed altrettanto avea fatto nel Marzo del 1839 in una donna avente un ampio foro, che poneva in diretta comunicazione l' intestino retto colla vagina a poca distanza dalla vulva (1). Ma in ambedue questi casi non essendosi per tal modo ottenuto quel risultato compiuto che si bramava, a raggiugnerlo convenne aver ricorso ben anco alla causticazione più volte rinnovata. Risultamento incompiuto che attribuire si dovette in ispecial modo alla malefica influenza, che a preferenza delle urine le materie fecali esercitano sui tessuti cruentati e fra loro posti a contatto; della quale cosa era così persuaso il *Velpeau* da indurlo, al fine d'evitarla, a proporre invece per la cura delle fistole stercoracee quel-

---

(1) Op. cit. e Memorie dell' Accademia delle Scienze di Bologna.

la istessa sutura, che *Reybard* consigliava nelle ferite intestinali, colla quale si comprende nell' ansa dei fili una placca di coutchouc collocata entro l' intestino dietro i bordi della ferita, per togliere così ogni comunicazione fra questa e le esterne parti divise.

Sebbene il consiglio del *Velpeau* non fosse stato posto alla prova, nullameno sembrandomi razionale, io mi vi sarei attenuto a preferenza della metallica sutura, se non vi avesse fatto ostacolo la forma circolare che nel mio infermo avea assunto l' ano anormale, non che la sua notevole ampiezza, laonde si sarebbe reso impossibile, dopo averne cruentato il bordo calloso, e collocata la placca, lo accostarne, senza assai temibili stiramenti e violenze, le due opposte semicirconferenze in modo da porle e mantenerle a stretto contatto.

Per questo motivo e coll' intendimento di raggiugnere il medesimo fine che si era proposto il *Velpeau* ebbi invece ricorso al seguente operatorio processo.

Allo intorno ed alla distanza di oltre due centimetri dall' orlo dell' ano preternaturale feci nel derma una incisione circolare che ne comprendeva tutta la spessezza, e mediante dissezione staccai il derma stesso dai sottoposti tessuti fin presso al bordo dell'ano anormale. Ottenuto così un bel lembo circolare, con un laccio lo strinsi tutto allo intorno verso l' indicato orlo anale, affine di formare con esso lembo un forte turacciolo temporaneo che quella anale apertura chiudesse, ed impedisse l' escita alle materie fecali, non che il loro contatto coi tessuti che ivi poi bramavo sovrapporre, acciocchè vi prendessero stabile aderenza. E siccome il tampone sarebbesi cancrenato in seguito della stretta legatura che lo cingeva, avrebbe perciò avuto campo di cadere in un con questa nel sottoposto aperto intestino.

Chiuso pertanto che ebbi nell' anzidetto modo provvi-

soriamente quell' anale forame, in allora con un conveniente lembo di cute e tessuto sottocutaneo, tolto allo esterno ed in continuità dell' antecedente fatta incisione circolare, cuoprii lo stesso tampone, e la cruenta superficie a lui adiacente, e lo tenni in posto con alcuni fitti punti di sutura intercisa, dopo di che sovrapposi alla parte operata un conveniente apparecchio di medicatura, ed una fasciatura moderatamente compressiva.

In tal modo, attesa la libera comunicazione in antecedenza formatasi fra i due monconi dell' intestino per la già ottenuta distruzione dello sperone che li riuniva, per varii giorni le feccie ripresero il loro corso normale, e come mi era proposto, per la via dell' intestino penetrò pure alcuni giorni dopo in un col laccio lo staccatosi provvisorio tampone già sfacelato; ma di poi, sebbene in alcuni punti il lembo esterno avesse preso delle aderenze in un tratto non piccolo, essendosi invece in altri punti cancrenato, al cadere delle escare le feccie fluirono di nuovo per la via anormale, in copia però molto minore, in virtù delle parziali aderenze dal lembo contratte.

Anzi in progresso di tempo mediante il successivo lavoro di riparazione e la surrogazione di un altro piccolo lembo preso dallo scroto, la morbosa apertura anale si ridusse gradatamente ad una fistola, la quale compressa da un cinto non lasciava sfuggire umore di sorta, potendo le intestinali materie, per mezzo sempre dell' ottenuta distruzione dello sperone, percorrere liberamente l' intestino.

Per tutto questo nel giorno 21 Giugno dell'anno istesso urgenti affari chiamando l' operato al suo paese natìo, gli si accordò di escire dalla Clinica.

Tornato però di nuovo a Bologna dopo non breve tempo, ei fu sì gentile di venire nuovamente a me per rendermi consapevole dello stato suo. Così potei conoscere

che la superstite fistola, purchè difesa dal cinto, rendendosi a lui innocua, non arrecandogli alcun fastidio, e concedendogli di liberamente attendere ai propri affari, lo poneva quindi in grado di non pensare ad ulteriori tentativi affine d' ottenere una guarigione completissima.

Esposto questo primo fatto passerò ora a dire dell' altro caso che, siccome accennai, è certamente di questo anche molto più grave e importante.

Ruggieri Giovanni del contado di Bologna, orfano di padre e madre, periti ambedue nel 1855 per colèra, non era stato soggetto che alle malattie infantili da lui superate felicemente, quando nel suo diciasettesimo anno e precisamente in una notte del Febbraio 1866 fu preso da dolori d' intestini assai vivi, specialmente alla regione inferiore del ventre. Ai dolori si associò intensa febbre, con ismania, cefalea, nausea, ed anche conati di vomito. Visitato dal medico il giorno appresso, e saputo avendo che egli avea abusato di cibi non facili a digerirsi, gli prescrisse una pozione purgativa, che non procurogli alcuna alvina evacuazione, per cui venne ripetuta il susseguente giorno, e così si ebbero scariche molto copiose dalle quali ritrasse grande sollievo il malato; il quale continuato avendo in opportuno metodo curativo, pochi giorni bastarono perchè fosse ritenuto guarito.

Se non che giunto l' Aprile dell' anno successivo egli si accorse che un piccolo tumoretto a base piuttosto profonda, in lui sorgeva al di sotto della cicatrice ombellicale, il quale tumoretto cagionandogli una molesta sensazione di bruciore lo trattò con applicazioni rinfrescanti. Il tumore a piccoli gradi aumentando e spingendo ognor più la cute che lo rivestiva allo infuori, finì per indurvi un vero processo di flogosi.

Nullameno occorse più d' un mese, acciocchè il tumore giugnesse al volume di un piccolo ovo di gallina, ed

allora la cute che lo rivestiva avendo acquistato un colore piuttosto sbiadito, eccettuato un punto in cui vedevasi giallastra, e manifesta essendo la fluttuazione, il chirurgo, che ne avea intrapresa la cura, mediante un bistorino l' aprì dando alla incisione una direzione trasversale. Dall' apertura fatta scaturì una considerevole copia di pus misto a sangue; il quale pus, per quanto asseriva lo stesso infermo, nei giorni successivi si mostrò molto scorrevole, e putiva. Però con una medicatura la più semplice la cicatrice non tardò molto a formarsi, mai più si riaprì, mostrandosi soltanto raggrinzita, irregolare, infossata, e mantenendosi un tantino al disotto dell' ombellico.

È da avvertirsi però che dopo chiusa quella anormale apertura, la cute superiormente all' ombellico essendosi tumefatta, ulceravasi, e lasciava escire una materia purulenta avente i medesimi suaccennati caratteri. Ma ciò che più monta si fu che dopo una quindicina di giorni in un col pus escirono dalla epiombellicale apertura buccie e acini d' uva, della quale avea in copia mangiato il Ruggieri quel dì. Poco appresso s' avvide che anche sterco ed in copia era spinto fuori da quello stesso forame, e che scarso invece era il giornalmente emesso dall' ano.

Per togliere in lui, se pure era possibile, quella schifezza, chiese d' essere posto nell'Ospedale succursale della Trinità, ove allora ne assunse il trattamento l' abilissimo chirurgo primario di quello stabilimento Dottor *Cesare Busi*.

Mediante le intelligenti ed assidue cure che ei prodigò al paziente, si ebbero presto così buoni risultati da fare concepire all' infermo la speranza di potere guarire del suo male anche in propria casa, attenendosi al medesimo consigliatogli sistema di cura.

Licenziato che fu perciò dallo Spedale, datosi di nuovo ad intempestive fatiche campestri, cadde ben presto in uno stato molto peggiore di prima; per cui nel Novembre dello stesso anno 1867 venne inviato allo Spedale Maggiore e posto nella sezione chirurgica da me diretta.

Appena ebbi scoperto il ventre allo infermo, tosto notai che le materie stercoracee emesse dalla preternaturale apertura formatasi nella regione del bellico erano elaborate e sode in gran parte, e ciò dava a dividere che le medesime scaturissero non già da un sottostante tenue intestino perforato e resosi forse aderente, ma invece da una morbosa apertura formatasi negli ultimi tratti del crasso.

Prima adunque di stabilire il partito al quale dovea appigliarmi per tentarne la cura, conveniva determinare se il crasso intestino leso, cogli orli della sua anormale apertura era o no in diretta comunicazione col forame epiombellicale, o se le materie stercoracee versavansi invece da prima nella cavità del peritoneo per escire di poi dall' inormale apertura formatasi alla regione del bellico.

Ma sebbene nello introdurre che feci un grosso specillo d' acciaio in quell' anale apertura, notare potessi che il medesimo percorreva in direzione un poco obbliqua dallo esterno allo interno e dall' alto al basso, un canale della lunghezza di 4 a 5 centimetri, mi fu altresì facile lo stabilire, atteso la sua angustia, che quel canaletto non era costituito da un'ansa intestinale, ma che invece erasi formato soltanto nelle pareti dell' addome. Giunto poi esso canale poco sotto al punto in cui rinvenivasi la cutanea cicatrice (che fu conseguenza dell' artificiale apertura dell'ascesso già da tempo fattane dal chirurgo) andava il canale istesso a mettere foce nella cavità del peritoneo ove manifestamente trovavansi accumulate ed in un' area molto estesa materie fecali, le quali mediante

opportune pressioni esercitate sull' addome potevano essere spinte in buona parte fuori dell' anormale forame che scorgevasi in prossimità dell' ombellico.

Nullameno, e per anche meglio conoscere lo stato delle cose, mi prefissi di allargare quel tramite, nel qual modo avrei potuto colla desiata precisione assicurarmi dei rapporti che potevano essersi formati fra alcuni organi contenuti nell' addome, e gli interni contorni di questo canale.

A tal uopo insinuai in esso tramite degli stuelli di fila che giornalmente ingrossai, e così ottenni d'ampliarlo in guisa da potere liberamente introdurvi il dito indice di una mia mano. Per tal modo non solo ebbi la conferma che il ricordato canale s' insinuava soltanto lungo la parete addominale, e che dopo avere percorso nella direzione dell' asse del corpo un tratto di 4 a 5 centimetri andava a sboccare entro la cavità peritoneale in corrispondenza alla cicatrice ombellicale, ed a quella che erasi già formata al di sotto dello stesso bellico, ma, continuando nello esame, a sinistra potei sentire un' ansa del tenue intestino rigonfia di gas ed aderente alla interna superficie del tratto peritoneale che riveste il muscolo retto di quel lato, la quale ansa pendeva in parte entro la stessa peritoneale cavità.

Nella regione posteriore poi di quel gran cavo si giungeva a toccare a sinistra un esteso tratto di crasso intestino diretto dall' alto al basso ; altre anse agglomerate e fra loro aderenti sentivansi in alto.

Riconosciuto così assai meglio lo stato delle interne parti, mi feci allora a considerare quale potea essere il partito a prescegliersi per cercare di togliere o correggere questo ributtante malanno, tanto più che per la copia di marcie che pure da quel cavo scaturivano, sì grave danno ne risentiva l' organismo del paziente da farlo a vista d' occhio deperire.

Sebbene fosse facile il comprendere che molte e gravi difficoltà si sarebbero a ciò affacciate, in tanta urgenza non rimasi perplesso, e per prima cosa deliberai d' aprire in tutta la sua lunghezza il canale che dalla regione epiombellicale andava a por foce nel cavo del peritoneo ed a mettersi in comunicazione coll' intraperitoneale stercoracea raccolta. Per tal modo le fecali materie trovando una escita più libera e spaziosa, quella cavità avrebbe avuto miglior agio di gradatamente rimpiccolire, e di permettere la più diretta comunicazione fra l' apertura intestinale e quella delle pareti addominali. In seguito di che, se man mano la morbosa cavità andava in se medesima involgendosi, e l' intestinale apertura si fosse resa tanto più accessibile, si sarebbe allora potuto agire sulla medesima con quei mezzi che l' esperienza fece conoscere a tal uopo proficui.

Per tutte queste considerazioni l' apertura del canale fu da me fatta, e nel compierla non incontrai alcun rischio mentre colla scorta del dito potei rendermi sicuro di non ferire l' ansa intestinale che aderiva al peritoneo in prossimità dello interno sbocco del canale istesso.

Impertanto, sebbene dopo di ciò le feccie che raccoglievansi entro il sacco peritoneale potessero scaricarsi allo esterno molto più agevolmente, tuttavia soffermavansi in copia nel medesimo, ed in singolar modo nella sua zona inferiore; ne veniva quindi la necessità di ricorrere ad altro espediente per allontanare questo sconcio.

Il partito migliore sembravami quello d' aprire il ventre in un punto che fosse in più diretta comunicazione coll'ulcerato intestino. Ma quantunque, per quanto ho detto, si potesse arguire che questa ulcerazione si trovasse nella regione più bassa del crasso, ciononullaostante per rendermene tanto più sicuro feci iniettare dell'acqua nel retto. Di vero, appena ne fu spinta una discreta copia con po-

ca forza, una parte penetrò tosto nel cavo dello stercoraceo ascesso; la qual cosa pose fuori di dubbio, essa apertura rinvenirsi appunto nel tratto inferiore del crasso.

Se adunque in seguito di ciò la gastrotomia soprapubiana poteva credersi giustificabile, anzi feconda di grandi vantaggi, non era però a dissimularsi che la sua esecuzione poteva davvero essere accompagnata ben anco da gravi difficoltà e pericoli.

Avevo diffatti ragione a bene sperare dalla gastrotomia, facendo considerazione al bel risultato da me ottenuto con questa operazione in un caso di coleocistite e colite ulcerosa e cancrenosa che cagionato avea enorme raccolta di bile e di materie fecali nella cavità del peritoneo; e così egualmente ponendo mente al non men fausto esito ottenuto operando la gastrotomia lombare destra in un uomo che aveva un ano preternaturale nell' anteriore parete addominale, e nel quale uomo pure le stercoracee materie raccoglievansi altresì entro il cavo del peritoneo, ed accumulavansi fin verso l' indicata lombare regione (1).

Ma nel Ruggieri eseguendo invece la gastrotomia epipubiana avrei perciò potuto incontrare alcuni speciali pericoli. Nella regione che io doveva incidere col bistorino avrei potuto p. e. profondamente rinvenire e leder qualche grossa arteriosa diramazione dell' omento ivi spinto e resosi per qualche tratto aderente; incontrare in quella regione per mala ventura una qualche ansa intestinale che fattasi pure aderente avrebbe potuto rimanere ferita; anche in quella regione elevandosi l' alto fondo della vescica era possibile l' arrecare gravissima offesa a questo viscere.

---

(1) Rendiconto dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna e Memorie della stessa Accademia 1846.

Per tutto ciò, come è naturale, prima di determinarmi a simile partito volli ben bene pormi al sicuro, laonde con tutta accuratezza ripetei le più minute indagini. Introdotto dunque di nuovo il mio dito indice nella morbosa anale apertura, quel dito mi rese certo che niun vaso arterioso di entità serpeggiava nel tratto di interna addominale parete in cui cader dovea la incisione; quel dito mi pose fuori di ogni dubbio, che l' alto fondo della vescica, da me in antecedenza vuotata dell'urina, era portato alquanto a sinistra e mantenevasi depresso in modo da non incutere tema di poterlo ferire; quel dito mi confermò che soltanto anteriormente a sinistra in prossimità della linea alba e verso l' ombellico pendeva quell'ansa intestinale che già dissi esservisi fatta aderente, e che perciò io poteva da qualsivoglia ingiuria difendere. Non trovando quindi controindicazione alcuna allo eseguimento della operazione, la mattina del 7 Febbraio 1868 venne la medesima praticata nella maniera seguente.

Posto l' infermo supino, fattegli inarcare le coscie, e collocatomi alla sua destra, introdussi l' indice della mia mano sinistra nella preternaturale apertura ombellicale, e lo insinuai nella cavità del peritoneo rasentandone colla faccia palmare dello stesso dito la interna parietale superficie nella direzione della linea alba, e spingendo il polpastrello così in basso da giungere fin verso il pube. Posta allora la faccia palmare di quel mio dito a stretto contatto colla superficie interna della lamina parietale del peritoneo che tappezzava quella regione, ed assicuratomi così nuovamente che ivi non sentivansi pulsazioni arteriose di sorta, che l' alto fondo della vescica urinaria mantenevasi abbassato, ed a sinistra, e che rimaneva pure difesa dal mio dito l' ansa intestinale fattasi aderente in prossimità dell' ombellico, in allora mentre colle dita della mia mano destra poneva in tensione il te-

gumento, invitai il mio abilissimo assistente Sig. Dottor *Antonio Giovanini* ad incidere esso tegumento nella direzione della linea alba, cominciando l' incisione subito al di sopra del pube, continuandola in alto per la lunghezza di quattro centimetri, ed approfondandola a strati fino a scuoprire il peritoneo. Allora, presa colla mia mano destra una guida scannellata, a punta non molto acuta, imprimendole delicatamente dei giri a spirale, perforai il peritoneo di contro al polpastrello del mio indice sinistro che ivi immobile tenea a difesa delle interne parti. Dopo di che, sempre colla scorta di esso dito e della tenta, con un bistorino a punta smussa incisi longitudinalmente anche lo stesso peritoneo per circa quattro centimetri. Ritirato che ebbi il bistorino ottuso, poi la tenta, ed il dito, sgorgò dalla ferita una copia ben notevole di materie fecali pultacee in quel cavo stagnanti. La ferita fu medicata con istuelli di fila e con opportuna fasciatura.

Niun fenomeno rimarchevole sussegui alla fatta operazione, che anzi da quel momento in poi l' infermo provò grande sollievo. La ferita era medicata varie volte al giorno per rendere tanto più facile la escita dello sterco che ivi andavasi raccogliendo.

Fatte poi delle iniezioni per la via del retto intestino, il liquido iniettato passava allora liberamente attraverso l' addome, e così si confermava vieppiù che il punto in cui l' intestino erasi perforato dovea trovarsi nell' estremo tratto del crasso.

Sorse in me tuttavia il desiderio di conoscerne il punto preciso, e per iscuoprirlo, mentre un giorno facevasi nel retto una iniezione, col mio indice insinuato entro l' addome potei accorgermi che realmente quel liquido esciva posteriormente ed in basso; allora esaminando col dito stesso quella regione con tutta diligenza, mi fu dato rinvenire l' intestinale apertura, la quale offrivasi tale da

potere ammettere la punta del mio dito istesso. E ciò che mi sorprese si fu, che nello esplorare avvertii una piccola spina, che si sarebbe detta di pesce, infitta nell' orlo della intestinale morbosa apertura, la quale spina potei togliere da quel posto con una pinzetta. Non mi riescì per altro di portarla fuori, giacchè esile come era sfuggì alla presa e andò a nascondersi fra le feccie che ingombravano quella cavità, e colle quali di poi sarà escita di certo. La presenza di quella spina può forse valere a dare plausibile spiegazione della genesi di quella intestinale apertura.

Mentre però con ogni oculatezza e premura mi cercava favorire la chiusura di sì vasto cavo stercoraceo, tanto l' apertura esistente nella regione ombellicale, quanto l'altra nella regione soprapubiana tendevano a stringersi in modo da rendere manifesto essersi anche la medesima già resa insufficiente a dare escita libera e completa alle feccie che tuttavia nel cavo stesso andavano accumulandosi; motivo per cui le condizioni dell' infermo facendosi di bel nuovo assai gravi costringevano a soccorrerlo con altro anche più decisivo provvedimento.

A mio avviso null' altro rimaneva a fare, se non se incidere completamente il tratto di parete addominale che rinvenivasi fra l'apertura ombellicale e la sopra pubiana, che misurava in lunghezza più di sette centimetri. Così sarebbesi tolto quel forte obice che impediva la facile escita alle feccie che andavano depositandosi entro il cavo peritoneale, e pel quale non era di questo permessa la completa obliterazione.

In cotale guisa operando, il maggiore pericolo stava in ciò, che dalla vasta apertura la quale andavasi a formare sfuggissero delle anse intestinali e si prolassassero. Ma in questo caso gli intestini trovandosi per la massima parte spinti ben lungi dalla regione su cui agire si

volea, ed avendo già prese forti aderenze coi tessuti ed organi circostanti, quel pericolo era molto remoto. D'altronde poi, per esperienza mia propria essendo reso certo, che sebbene sia incisa ampiamente per qualsivoglia cagione l' addominale parete, mediante acconcì apparecchi di medicatura si può riescire spesso, senza grandi difficoltà, ad evitare un simile spiacevole avvenimento, di fronte al pericolo che sovrastava all' infermo, lasciandolo senza ulteriore energico soccorso, non mi ristetti perciò dal dare corso a simile operazione.

Laonde insinuato l' indice sinistro nell' apertura ombellicale, spintolo fin contro l' apertura epipubiana e difese col medesimo le adiacenti parti, con quel dito di scorta incisi cautamente, mediante un bistorino a punta ottusa, tutto il tratto di parete addominale alle due aperture intermedio. Svuotata e pulita la cavità peritoneale dalle materie che l'ingombravano, insinuai grossi stuelli di fila attraverso la fatta apertura, e li assicurai con delle compresse e delle fascie.

Nulla di notevole dopo di ciò sopraggiunse, e medicata di frequente la morbosa cavità, non si lasciava così campo alle feccie di potervisi raccogliere; di guisa che la medesima rapidamente si restringeva.

Ma ciò non bastava; occorreva altresì sorvegliare debitamente la intestinale apertura da cui le feccie emanavano, per potere in modo opportuno agire su d'essa qualora non mostrasse tendenza a restringersi od obliterarsi.

E ciò, per certo fare non si sarebbe potuto con esattezza, senza esaminarla direttamente coi propri occhi. A simile ispezione opponendosi la sede sua profonda, mi venne il pensiero di esaminarla con un mezzo, in cotali congiunture non per anco posto alla prova.

Come è noto, fra gli altri il *Brunton* immaginò non ha molto un otoscopio, il quale modificato in ispecial ma-

niera dall' *Hinton* serve mirabilmente ad esaminare il condotto uditivo, e sostituendovi alcune particolari appendici vale altresì ad osservare il canale dell' uretra, ed il retto intestino.

Mi parve che di questo istrumento potesse pure giovarsi in alcuni casi come esploratore visivo delle interne grandi cavità del corpo, e per ciò lo volli esperimentare sul mio infermo.

Diffatto, nel giorno 15 Aprile dello stesso anno 1868 ne feci la prima applicazione insinuandone il cannello nell' apertura esistente alle pareti addominali. E fu veramente cosa piacevole per me e pei numerosi giovani studenti di Clinica che in quel tempo intervenivano alle mie lezioni, l'osservare, appena rimase per tal modo illuminata la interna superstite superficie dello stercoraceo cavo, che appunto posteriormente a sinistra ed in basso, nel crasso intestino trovavasi la inormale apertura, avente una figura pressocchè circolare, le dimensioni di una moneta di rame d' un centesimo, ed alla quale si vedeva appiccicato un pezzettino di sterco concreto (1).

---

(1) Ponendo mente agli effetti termici dell' elettrico, si immaginò di rendere *trasparente*, o a dir meglio *translucido* il corpo umano. Per tal guisa veniva somministrato al medico un nuovo metodo d' esplorazione, una vera somatoscopia generale. Finora le investigazioni per trasparenza furono per quanto ne fece conoscere anche l' onorevole Dottor *Plinio Schivardi* nella 11ª sessione del Congresso Medico di tutte le Nazioni tenutosi in Firenze, poco usate. Il Dottor *Milliot* di Kiew nella 1ª Sessione dell' internazionale Congresso inaugurato a Parigi ne avea dati i primi saggi introducendo nei cadaveri mediante una sonda esofogea un filo di platino che rendeva incandescente a volontà. Il *Broca* in un caso di cistovario ebbe ricorso alla luce elettrica proiettata sopra una metà delle pareti addominali, mentre l' altra metà era mantenuta all' oscuro per mezzo di un diaframma; in questo modo la diagnosi potè

Ripetuto più volte questo esame ed essendomi confermato che non eravamo stati tratti in inganno, insinuai allora per quella istessa apertura un lungo specillo, e posto un dito nel retto intestino ne sentii sporgere in alto la punta, ed ivi con istento mediante il dito istesso potei raggiugnere la morbosa apertura.

Questo fatto era ben singolare, giacchè se l' anatomia patologica ha disvelato a me pure, che ascessi formatisi entro la cavità dell'addome in varie sue parti hanno potuto aprirsi una via nel retto intestino, non è però a mia cognizione che alcun altro abbia osservato, che in forza d'una ulcerazione del retto intestino, versatesi le materie fecali entro la cavità dell' addome, siasi di poi formato un ano preternaturale nella regione dell' ombellico.

Posso però dire d' avere veduto parecchie volte un infermo in compagnia dell' onorevole Dott. *Capuri* che ne avea la cura, nel quale orditasi un' adenite inguinale destra, venne la medesima susseguita da un ascesso della fossa iliaca dello stesso lato; nel quale infermo poi, dopo molte settimane, ebbe luogo la perforazione dell'intestino retto con evacuazione di gran parte delle feccie per la via dell' inguine. Di poi formossi un ascesso stercoraceo al perineo cui susseguì fistola all' ano; ai quali mali non avendo potuto reggere l' infermo ne avvenne non molto dopo la morte (1). Fatto anche questo a dir vero sorprendente, ma che differisce dal suaccennato sia

---

con maggiore precisione essere stabilita. Il ch. Prof. *Lazarewitch* di Kharcoff poi fece dono all' Ospedale di S. M. Nuova di Firenze d' un suo diafanoscopio o rischiaratore, nel tempo che ebbe luogo nella istessa città il Congresso. Gli esperimenti che ei ne fece furono abbastanza soddisfacenti.

(1) *Capuri*. Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna. Sett. 1868.

rispetto alla sua genesi, sia riguardo alle sue fasi, sia al modo col quale fatalmente terminò.

Lo stesso pure può dirsi di un altro caso osservato nella mia sezione allo Spedale Maggiore. Sul finire del Giugno 1867 vi fu trasportato un giovinetto per nome Cesare Bortolotti dell'età di 17 anni, il quale riportato avea una ferita d' arma da fuoco alla regione trocanterica destra, diretta dall'avanti allo indietro e da destra a sinistra. Il proiettile era sottocutaneo e fermato nella regione ischiatica sinistra al disopra del legamento sacrospinoso. Praticata dal mio Assistente Dott. *Giovanini* una incisione in quel punto, fu tolto il proiettile, che era di forma conica, e medicata la ferita con delle fila, vi furono sovrapposte delle bagnature fredde.

Dopo 4 giorni dalla eseguita apertura, a sinistra escirono materie fecali, poi ne cominciarono ad escire pure dalla ferita alla regione trocanterica destra. Nella 10ª giornata ebbesi un accesso a freddo, cui susseguì intensa risipola nella località offesa. Nel giorno 17 Luglio il ferito morì.

Colla necroscopia si notò che a destra, ove era entrato il proiettile, era rimasta scalfita la testa del femore, e il cercine corrispondente della cavità cotiloide staccatosi, erasi fatto strada verso sinistra, passando in un col proiettile al davanti del sacro, e perforando da parte a parte l'ultima porzione del retto intestino. Il proiettile poi spingendosi al di sotto del legamento sacro spinoso destro giunse alla cute donde venne estratto. In causa di ciò originaronsi nella cute istessa le due indicate preternaturali anali aperture, una delle quali in corrispondenza al punto ove si fece strada il proiettile, l' altra ove il medesimo venne estratto; le quali aperture perciò con esso intestino comunicavano. Il retto era mortificato ed ampi ascessi lo circondavano. Il pezzo patologico fu consegnato al Museo della Regia Università.

Ciò notato, tornando al Ruggeri aggiugnerò, che col fine di favorire la chiusura dell'intestinale forame da me appositamente esaminato, ebbi ricorso alla cauterizzazione, la quale in allora poteasi eseguire con tutta sicurezza essendosi per tal modo reso facile il portare il caustico direttamente sul punto in cui il retto intestino erasi esulcerato. Volendo preferire il nitrato d' argento ebbi ricorso al portacaustico di cui mi valgo in alcune peculiari circostanze per causticare il canale dell' uretra, mediante il quale, il caustico rimanendo all' occorrenza nascosto, poteva quindi essere insinuato entro l'addome senza tema di offendere le parti circostanti.

Così operando mentre l' apertura addominale derivata dalla eseguita gastrotomia si andava restringendo, rimpiccolivasi di pari passo il forame formatosi nel retto intestino, e costituivasi in fine un canaletto assai angusto che poneva in diretta comunicazione queste due aperture, ed impediva qualunque ristagno di materie fecali, e di pus nella cavità dell' addome; il quale canaletto poi finì per restringersi in modo da lasciare soltanto allo esterno un forelino che gli serve di sbocco, e da cui nell' atto della defecazione vengono spremute, alcune volte, delle goccie di umori emananti dall' intestino; il quale forelino è forse a desiderarsi rimanga aperto, acciocchè in quel tramite non abbiano ad arrestarsi materie nocive.

Nella regione operata trovasi ora una cicatrice profonda e robustissima, derivata dalle pregresse incisioni, nelle quali comprendendosi quella del canale epiombellicale che fu pel primo aperto, offresi perciò della lunghezza di oltre nove centimetri, scomparso poi è del tutto dal suo posto normale l' ombellico, una fossetta invece alquanto profonda che lo simula rinviensi nella regione epipubica ove termina la cicatrice e qui vedesi il pertugio che serve di sbocco al superstite canaletto suddescritto. Nel lungo tem-

po già trascorso, la cicatrice istessa non ha subìta alcuna variazione, ed i visceri rimangono perfettamente contenuti entro l' addominale cavità; la vescica urinaria vedesi portata a sinistra quando è piena d' urina, e ciò non ne altera menomamente le sue funzioni. Mantenendosi il Ruggieri forte e vigoroso, tre mesi circa or sono escì dall' Ospedale per imprendere il mestiere del sartore.

Storia di un caso di lussazione metacarpo-falangea posteriore completa del dito mignolo della mano destra, non ridotta, e considerazioni relative. — Del Dott. *Ercole Galvagni.*

Le lussazioni delle quattro ultime dita della mano sono estremamente rare, e assai più rare di quelle del pollice. Il *Malgaigne* (1) nel 1855 non aveva potuto riunirne, dalla letteratura medica a lui nota, che 9 osservazioni, di cui una sola sopra una donna. L' isolamento dell' indice e del mignolo sembra predisporli a questa lesione a preferenza delle altre due dita intermedie; infatti sulle 9 osservazioni se ne contano

3 sull' indice,
2 sul mignolo,
1 sul medio,
3 su parecchie dita ad un tratto.

E su queste 3 lussazioni multiple, l' una prendeva l'anulare ed il mignolo, l' altra l' indice e il medio, l' ultima tutte quattro le dita.

---

(1) Traité des fractures et des luxations. Paris 1855. Tom. 2, p. 746.

In questo piccolo numero di osservazioni si trovano delle lussazioni in dietro ed in avanti, delle incomplete e delle complete, e infine delle lussazioni complicate.

Nella sua opera di Anatomia chirurgica (1), stampata nel 1859, non aggiunge il *Malgaigne* nessun altro caso.

Anche il *Nélaton* (2) dice le lussazioni delle ultime quattro dita assai rare, e non dà che un totale di 23 fatti, la cui descrizione è più o meno completa, risultandone che le quattro ultime dita possono lussarsi in ogni senso nella loro articolazione metacarpo-falangea, ma che la lussazione più comune è quella in addietro.

Ma ciò che rileva assai più della rarità di queste lussazioni, si è il fatto della loro frequente irreducibilità, che è ammessa ora da tutti gli autori, sebbene a prima vista sembri che in giunture sì piccole facile debba essere la riposizione degli slogamenti.

Il *Nélaton* (3) nota come singolari i seguenti casi:

Marchal di Strasburgo tentò indarno la riduzione di una lussazione in addietro del dito indice, osservata in una ragazza di 19 anni, e propose all' inferma, dietro consiglio di *Malgaigne*, la sezione dell' occhiello muscolare, che fu da essa rifiutata, preferendo di conservare la sua deformità.

Péan nel 1867 osservò il caso di un ragazzo di 15 anni, in cui una simile lussazione era complicata a lussazione del tendine flessore dell' indice al lato interno della giuntura, lo che rendeva la lussazione quasi irre-

---

(1) Traité d' anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale. Paris 1859.

(2) Èléments de pathologie chirurgicale. 2. édition publiée par le doct. *Péan*. Tom. 3, p. 221-22.

(3) Loco citato.

ducibile, od almeno l' obbligava a riprodursi tostochè si cessava dalle trazioni necessarie a mantenere il tendine in una buona direzione.

La riduzione era facile, ma si riproduceva subito in un caso di lussazione laterale dell' auricolare (1).

In questi 3 casi, riferiti dal *Nélaton*, noi vediamo essere stata irreducibile la sola lussazione del primo, che era posteriore dell' indice. Negli altri due, in uno dei quali la lussazione era anteriore, e nel secondo laterale, esse lussazioni erano riducibili momentaneamente, ma non si potevano mantenere.

Per restringerci però al nostro soggetto delle lussazioni posteriori delle quattro ultime dita, le quali naturalmente debbono aver molto di comune fra loro, scarteremo le due ultime osservazioni, e terremo conto solo della prima, cui metteremo a lato il fatto seguente:

Marjolin presentò alla Società di Chirurgia di Parigi un infermo di lussazione posteriore dell' indice, il quale pure dovette rimanersi col suo male, essendo riusciti a vuoto parecchi tentativi di riduzione (2).

Non avendo dinanzi il ragguaglio dei 23 casi annoverati dal *Nélaton*, frai quali dovrebbero separarsi in gruppi distinti le varie specie di lussazioni delle quattro ultime dita, in anteriori cioè, posteriori e laterali, in semplici e complicate, non possiamo fare un calcolo esatto della rispettiva frequenza delle irreducibilità, e dobbiamo accontentarci della generica dichiarazione di tutti gli autori i più accreditati sulla sua frequenza. Io poi mi propongo di spiegarne il perchè con ragioni anatomo-patologiche, prendendo a guida i vari lavori del Prof.

---

(1) Gaz. des Hôpitaux, 3 Janvier 1850.

(2) Moniteur des Hôpitaux, 1 Série, Tom. 6, N. 108.

Giambattista Fabbri (1), il quale si è occupato già da molti anni sperimentalmente e clinicamente dello studio di parecchie lussazioni, ed in ispecie anche di questa.

Per facilitare l' intelligenza di quanto sono per dire, uopo è che parta precisamente dai lavori del *Fabbri* sulle lussazioni posteriori del pollice, non perchè si debbano identificare colle congeneri delle altre dita, ma perchè vi ha di comune una circostanza anatomo-patologica, cioè l'intraporsi di un lembo della capsula legamentosa articolare frai due capi slogati della giuntura, fatto d' importanza capitale rispetto alla difficoltà del ridurle, e che è appunto quello che rende spesso impossibile la riduzione.

Ecco in succinto quanto mostrarono al Prof. *Fabbri* le indagini anatomiche istituite in gran numero sui cadaveri, in cui si era ottenuta ad arte la lussazione posteriore completa del pollice; questa lussazione è facile ad ottenersi impugnando il pollice colla mano, ed arrovesciandolo a viva forza sul dorso del suo metacarpo.

Incisa la pelle sulla faccia palmare, nel luogo corrispondente all' articolazione lussata, apparisce subito a

---

(1) Lussazione completa posteriore del pollice. Bull. delle Scienze Mediche di Bologna. Ottobre 1838. — Della molta importanza della chirurgia sperimentale nello studio delle lussazioni, e di una differenza da notarsi fra la lussazione posteriore del pollice e quella posteriore delle altre dita. Vol. X. delle Memorie dell' Accad. delle Scienze dell' Istituto di Bologna. 1860.

E vedi ancora — Cenni di un lavoro sperimentale sulle lussazioni del femore. Bull. delle Scienze Mediche. Febbraio 1839. — Memorie sulle lussazioni traumatiche del capo del femore. Vol. II. della Soc. Medico-Chirurgica di Bologna. 1841 — e nel Bull. della medesima Società i fasc. di Dicembre 1854 e Gennaio 1855. — Di una lussazione ovalare completa del capo del femore, ridotta con un metodo nuovo ec. Vol. IV. Ser. 2ª delle Mem. dell' Accad. delle Scienze dell' Istituto di Bologna.

nudo la testa del metacarpo, il cui collo è circondato da un occhiello costituito al davanti e ai lati dai due fasci carnosi dello squarciato muscolo corto flessore, e formanti la metà inferiore dall' occhiello (1); al didietro dalle due porzioni tendinose, in parte lacerate, del detto muscolo, e dal margine pur lacerato del legamento anteriore, nella cui grossezza si nascondono i due ossi sessamoidei. Questo lembo della capsula, che talfiata ha la lunghezza di 6 linee, è interposto fra i due capi articolari, trovandosi al di dietro di esso quello della falange, al cui orlo anteriore è attaccato.

Ben si vede, che perchè la falange slogata ritorni al suo posto, è necessario che il lembo superiore dell' occhiello, che essa ha trascinato seco posteriormente, sormonti la testa del metacarpo, e torni al di qua del medesimo.

Ad ottenere questo scopo, cioè di togliere l' interposizione del lembo superiore dell' occhiello, che è l' ostacolo principale alla riduzione, il *Pailloux* (2), e in ciò conviene perfettamente il *Fabbri*, propone di arrovesciare fortemente il dito all' indietro, e impugnatolo in questa posizione, trarlo in alto per collocarlo al suo posto, quando la falange abbia colla sua base raggiunta l' altezza della testa del metacarpo.

Ma ciò non basta, e il *Pailloux*, che ha visto una porzione della verità, non ha saputo raggiungerla intera; e di fatto il suo processo ha fallito nelle mani di abili chirurghi, e se ha valso in parecchi casi, certo si è per-

---

(1) In queste descrizioni si suppone la mano colle dita rivolte in alto.

(2) *Malgaigne*. Traité d' anat. chirurgicale, et de chirurgie expérimentale. 1. édition. Paris 1838. Tom. 2, pag. 512. — *Pailloux*. Thèse inaug. Paris 1829 N. 113.

chè casualmente si è completato l' atto operatorio colle norme date dal *Fabbri*.

Questi, seguitando le sue indagini di chirurgia sperimentale, ha rilevato, che ove egli si accingeva ad eseguire la riduzione col metodo di *Pailloux*, nel momento in cui la base della falange arriva al livello della sommità del metacarpo, la faccia articolare della falange è tutta coperta del teso lembo superiore dell' occhiello attaccato al margine anteriore di essa, che pel rovesciamento del dito è fatto superiore. Siccome poi il detto lembo ha soventi volte una lunghezza di oltre 6 linee, come si è detto, così l' orlo superiore dell' occhiello, che deve sormontare dall' indietro all' innanzi la sommità della testa del metacarpo, rimane sempre frapposto, ad onta della manovra del *Pailloux*, alle due faccie articolari, e non si riesce a ricomporre la giuntura; — bisogna, in una parola, che l' orlo superiore e troppo basso dell' occhiello salga all' altezza dell' osso, che gli serve d' impaccio.

Venuto il *Fabbri* nell' idea, che l' impedimento stà tutto nel dislivello fra la sommità del metacarpo, che è troppo alta, e l' orlo superiore dell' occhiello, che ne è relativamente troppo basso, al quale impedimento col metodo del *Pailloux* si ovvia solo in parte, gli nacque spontaneo il pensiero, che non potendo innalzare l'occhiello, bisognava abbassare il metacarpo; e perciò insegna di avvicinare il più possibile il metacarpo del pollice alla palma della mano, con che oltre al porre nel massimo rilassamento il corto flessore del pollice, si avvicina la testa del metacarpo al centro della palma, e così la si abbassa rispetto al livello della lacerazione dei muscoli e dei legamenti, ossia dell' occhiello che la deve sormontare. Perciò minore diviene la differenza di altezza reciproca fra l' occhiello e la testa del metacarpo; e le tra-

zioni valgono a farla scomparire del tutto, poichè qui non trattasi più di allungare muscoli già distesi soverchiamente, bensì di raddrizzare i fasci muscolari divenuti rilassati e sinuosi in causa della flessione del metacarpo.

Ecco il metodo proposto, a norma dello idee suespresse, dal Prof. *Fabbri* fino dall' anno 1838 (1) per ridurre le lussazioni posteriori del pollice.

Posta la mano dell' infermo in supinazione, ed anche in flessione (per rilassare il muscolo lungo flessore del pollice), il chirurgo, od un aiuto, avvicina fortemente fra loro il metacarpo del pollice a quello del mignolo; poscia il chirurgo colla sua destra impugna il pollice lussato, ponendo il suo indice sotto e contro la faccia dorsale della falange lussata, e il pollice steso sopra e lungo la faccia palmare della medesima. Afferrato così il dito, lo rovescia molto all' indietro, e quindi senza mutarne la posizione, lo trae in alto, badando che la base della falange sia più alta della punta del dito. Appena crederà che la base del dito abbia soverchiata la testa del metacarpo, senza cessare la trazione sollevi il dito in atto di ricollocarlo a suo posto. Conseguita la riduzione, sarà bene di piegare e stendere con avvedutezza il pollice più volte di seguito, affinchè l' orlo estremo del lembo più volte ricordato compiutamente si tolga dalla stretta delle due faccie articolari.

A conferma della bontà del metodo del Prof. *Fabbri* faccio osservare, che qui in Bologna furono rimesse con questo, da quell' epoca in poi, varie lussazioni posteriori del pollice colla massima facilità, e non si ebbe mai alcun insuccesso.

---

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna. 1838, fasc. di Ottobre.

Ora è mio debito di mostrare, qualmente questa specie di digressione sulle lussazioni del pollice non sia una oziosa superfluità, ma sia necessaria per bene intendere il perchè della maggiore frequenza delle irreducibilità delle lussazioni posteriori delle quattro ultime dita in confronto di quella congenere del pollice.

Posta la somiglianza, che di fatto esiste, nelle lesioni anatómo-patologiche fra la lussazione del pollice e quella delle altre dita, il solo fatto della quasi immobilità dei metacarpi di queste ultime, nelle loro articolazioni carpo-metacarpiche (all' inversa del pollice, in cui questa giuntura è molto mobile), — la quale immobilità non permette l' abbassamento della testa lussata del metacarpo rispetto al lembo della capsula, che qui pure s' interpone più o meno fra le due superficie articolari slogate, — basta a spiegare la maggiore difficoltà, ed a scusare i casi di insuccesso. E di vero, se per ovviare alla interposizione del lembo indicato nelle lussazioni del pollice ci possiamo servire contemporaneamente di due espedienti, l' avvicinamento del metacarpo alla palma della mano, e il rovesciamento del pollice all' indietro, ambidue tendenti allo stesso scopo di rialzare il lembo interposto fra i capi articolari, e di mettere i muscoli in rilassamento; nelle lussazioni delle quattro ultime dita ci fa difetto il primo dei detti espedienti. — E si noti, che se pur si volesse (il che però in ogni modo è sempre ben fatto) mettere a profitto nell' atto della riduzione quel poco di mobilità, che pure possiedono le articolazioni carpo-metacarpiche delle quattro ultime dita, ed in ispecie del mignolo, dove è più mobile, quasi nulla o pochissimo si guadagnerebbe in ordine al rilassamento muscolare, e quindi al rialzamento del lembo dell' occhiello, poichè le masse muscolari, che trovansi nella palma della mano, sono pressochè nella stessa direzione dei rispettivi metacarpi, lo che non

è del pollice, il cui centro di rotazione è invece distante non poco dall' attacco palmare del flessore corto del pollice, sicchè nella flessione del suo metacarpo i due capi del detto muscolo si avvicinano di molto, con effetto di rilassamento dell' occhiello.

Così resta spiegato il motivo della difficoltà maggiore che si incontra a ridurre le lussazioni posteriori delle ultime quattro dita.

Avverto da ultimo, che questo parere della più frequente irreducibilità di tali lussazioni in confronto a quella del pollice è tutto del *Fabbri*, come pure la spiegazione del fatto, avendola egli desunta appunto dai predescritti studi sperimentali sul cadavere (1). E di vero il *Malgaigne*, che si occupò profondamente dello studio clinico e sperimentale delle lussazioni, e la cui opinione perciò su questo punto può essere considerata quale equivalente alla generale, mette tutte in un fascio queste lussazioni delle dita, esprimendosi con queste parole. « Ce qui a été dit des luxations du pouce, s' applique ici avec une exactitude presque complète. » (2).

Il caso che vengo a narrare presenta dunque il pregio della rarità, e purtroppo accresce il novero degli insuccessi. Merita perciò di essere reso noto al pubblico, tanto più che le considerazioni suesposte possono fornire al lettore un migliore indirizzo per guidarlo in consimili contingenze nelle manualità operatorie.

Villa Giuseppe di Massalombarda, d' anni 18, bracciante, sano e abbastanza robusto, riportò il 30 Dicembre

---

(1) Della molta importanza della chirurgia sperimentale nello studio delle lussazioni ec.

(2) Traité d' anatomie chirurgicale ec. 2 édition. Tom. 2, pag. 713.

1869 un colpo, dato con una sedia, sulla faccia palmare del dito mignolo destro. Vedendosi offeso nei movimenti del dito, corse da uno dei medici condotti, il mio amico Dott. *Michele Bolognesi*, il quale diagnosticata una lussazione metacarpo-falangea posteriore, fece tutti gli sforzi possibili per rimetterla, aiutato da altra persona. Non essendo riuscito nell' intento, egli me lo condusse allo Spedale, e quivi assieme tentammo nuove trazioni sul dito, ora in senso longitudinale, ora nel senso della flessione (*mai però ponendo il dito nell'estensione forzata*), unite ad opportune pressioni sui capi articolari, e tutto indarno. Dovemmo desistere, perchè l' infermo era addoloratissimo, e gonfia la mano, intendendo di rimettere la riduzione ad altro momento migliore.

All' esame che aveva fatto prima di accingermi a questa, aveva riscontrate le seguenti particolarità: nella palma della mano eravi una tumidezza posta vicino al bordo cubitale, data dal capo articolare del metacarpo slogato; il dito mignolo era accorciato in confronto a quello dell' altra mano, e lo si desumeva dal rimanere il suo apice al disotto del livello della piega cutanea, che trovasi presso l'articolazione fra la falangina e la falangetta del dito anulare; la piega cutanea digito-palmare del luogo affetto si portava più obbliquamente in basso ed all' interno di quella dell' altra mano; sulla faccia dorsale non appariva alcuna anomalia, perchè la testa della prima falange era sul piano normale, e l' abbassamento della testa del metacarpo era mascherata da una gonfiezza uniforme delle parti molli sovrastanti. In complesso l' atteggiamento della mano e del dito era tale, che non avrebbe fatto supporre a prima vista una lussazione: il dito era quasi dritto, la prima falange leggermente estesa, la falangina e la falangetta un po' in flessione. Il palpamento poi faceva sentire distintamente i due capi articolari separati l' uno dall' altro.

Nello stesso giorno un altro medico del paese, tentò pure la riduzione, ma egli parimenti non riuscì. Circa una settimana dopo io mi vi provai di nuovo senza alcun successo, dopo avere consigliati previamente all' infermo alcuni mezzi atti a togliere la tumefazione e la dolentezza; in seguito di che mi rifiutai di fare ulteriori manovre, non avendo intenzione di ricorrere a mezzi cruenti, come propone il *Malgaigne*.

Qualche mese dopo recatomi a Bologna, volli indagare sul cadavere il motivo dell' insuccesso, essendo venuto nel sospetto di avere dimenticato, come fu veramente, qualche importante particolare relativo all' atto operatorio, quale l' insegna il *Fabbri*, e pregai questo a ripetermi le sue esperienze. Egli infatti aderendo con gentilezza squisita al mio desiderio, tentò di lussare il dito mignolo in un cadavere, ma non riuscendovi completamente, dovette incidere col bisturì le parti molli (la pelle era già stata dissecata previamente) nel punto ove mostravano di rompersi sotto la pressione della testa del metacarpo. Di tal guisa si ottenne la lussazione, che si offriva collo stesso atteggiamento del dito e coi precisi caratteri di quella da me osservata nel mio infermo. Tentammo di ridurla con trazioni in ogni senso, e naturalmente anche seguendo le norme dal medesimo *Fabbri* insegnate, ma non vi si riuscì, ad onta che la parte dissezionata e messa a nudo ci permettesse di seguire coll' occhio l' andamento dei processi operatori: — era un lungo lembo della capsula, che rottosi presso la sua inserzione al collo del quinto metacarpo, si era come al solito interposto profondamente fra il capo di quest' osso e quello della falange, e non veniva rialzato abbastanza neppure dalla estensione esagerata. Per ottenere la riduzione fu d' uopo di fare un taglio longitudinale assai lungo sullo stesso lembo.

Dopo questo esperimento mi venni persuadendo, che se pure non avessi dimenticata la regola insegnataci dal *Fabbri*, probabilmente non avrei nel mio caso ottenuta la riduzione, o se mai colle più grandi difficoltà, per le ragioni addotte sopra nel paralello fra la lussazione posteriore del pollice e quella delle altre quattro dita. In genere si può dire che in queste ultime una data lunghezza del lembo, che riguardo al pollice permetterebbe la riduzione, la rende affatto impossibile.

Nei primi di Gennaio 1871 ho riveduto il Villa qui in Bologna, e l' hanno veduto ancora i Professori *Fabbri* e *Taruffi*. L' articolazione è sempre scomposta, ma ho notato un rilevante miglioramento nella forma, talchè si può credere che in avvenire, col formarsi di una nuova articolazione, scomparirà la lieve tumidezza, che si verifica ancora, però in minori proporzioni, nella palma della mano, prodotta dalla testa slogata del quinto metacarpo. L' infermo si serve perfettamente della mano pel suo mestiere; il dito è accorciato di circa 7 millimetri, e la prima falange ha assai limitato il movimento di flessione; tutto il resto è normale. — La forma della mano, gettata in gesso, si conserva nel nostro Museo di Anatomia patologica.

Merita attenzione in questo caso l' atteggiamento del dito. Il *Malgaigne* e il *Nélaton* dicono che la prima falange è rovesciata in addietro sul metacarpo, e le due altre leggermente flesse. Nel nostro infermo il dito si trovava in una positura sì naturale, che ad una superficiale ispezione non si sarebbe detto lussato. Ben è vero che il *Malgaigne* racconta (1) aver visto il *Bourget* il migno-

---

(1) Traité des fractures et des luxations ec. pag. cit.

lo nella sua normale direzione, e posto soltanto in un piano posteriore al suo metacarpo; ma egli spiega questo fatto dicendo, che forse il dito era stato condotto in tale direzione da sforzi posteriori alla lussazione. — Che però l' atteggiamento del dito del mio infermo non sia una eccezionalità, lo prova l' essersi ottenuto il consimile nel nostro esperimento fatto sul cadavere.

Terminerò coll' inculcare ai Chirurghi di prendere cognizione dei sopracitati importantissimi lavori del Prof. *Fabbri* sulle lussazioni, di addestrarsi nei relativi esercizi cadaverici, e di indagare le condizioni anatomiche, che ne rendono difficile la riduzione, affine di evitare od almeno di rendere rarissimi gli insuccessi.

SUNTI DI OPERE E DI DISSERTAZIONI

Sulla infiammazione e la cancrena. — *Per* Samuel di Königsberg. (*Archivio di Virchow. Fasc. di Settembre e Ottobre 1870*). — Sunto del Dott. *E. Venturini.*

Per conoscere l' andamento del processo flogistico, dice l'A., ne' suoi più minuti dettagli ci è necessario allargare il campo della osservazione e moltiplicare i metodi di ricerca. L' indagine microscopica del mesenterio e delle membrane natatorie dà delle immagini di una trasparenza, quale solo può attendersi da sì delicati tessuti; e però il loro valore è per molti riguardi insuperabile. Solo che essi offrono un campo assai ristretto all'osservazione per essere questa di breve durata e poco variabile. Nel mesenterio è l' azione disseccante dell' aria che in luogo del progressivo sviluppo della infiammazione, produce facilmente la mortificazione; e nelle delicate membrane della rana e del pipistrello sono altre cagioni che danno luogo ad un imperfetto risultamento. In breve, noi pos-

siamo bensì in quei sottili tessuti vedere con inarrivabile chiarezza i fenomeni della flogosi, ma essi rimangono per così dire frammenti di flogosi, forme abortive della flogosi. In nessuno di essi noi arriviamo ad ottenere il quadro tipico della infiammazione acuta dei mammiferi nel suo sviluppo, nel suo corso, ne' suoi esiti e nelle sue varietà. Questo è ciò invece che produciamo nel suo complesso negli orecchi dei conigli. Queste osservazioni microscopiche, avverte l' A., lungi dall' essere esaurite, porgono soltanto le fondamenta a più estese ricerche. Per si fatti studi egli si serve dei caustici, dei rubefacenti ec. e dall' effetto del diverso grado di concentrazione dei medesimi apparisce il rapporto di dipendenza fra la flogosi e l' iperemia da una parte e la cancrena dall' altra. La forma in polvere di queste sostanze, od altra che non si presti per aderire bene all'organo, sono escluse.

Il primo capitolo tratta dei fenomeni osservati coll'applicazione dei *caustici concentrati* e *diluiti*, e perciò è tutto sperimentale. Incomincia dagli *acidi minerali* e innanzi tutto dal *solforico concentrato*. Egli immerge un cilindretto di vetro in un vaso pieno del detto acido e applica la goccia, che vi rimane pendente, in mezzo all' orecchio e per modo che l' arteria auricolare e l'una o tutte due le vene che l' accompagnano, vi restino comprese. Il parenchima cangia colore, si fa grigio-pallido, molto più trasparente del normale e alla parte posteriore mostra subito delle macchie, che sembrano di adipe: desse ben tosto confluiscono e formano una macchia corrispondente alla estensione della parte toccata coll'acido. L'epidermide resta aderente all' orecchio, ma tanto quella che i peli possono con facilità distaccarsi. Contemporaneamente, senza veruna traccia d' iperemia generale dell'organo, nei vasi sanguigni della parte cauterizzata si manifestano i seguenti cambiamenti: dessi sono tutti ristretti, da prima le vene, più tardi le arterie — e senza differenza di tempo se la goccia d' acido è stata grossa — il sangue si fa verde poscia nero ed è manifestamente coagulato. Nel punto dell' azione più intensa evvi appena traccia di sangue nei vasi; così che ivi il tessuto acquista tosto un aspetto grigio pallido. Tali sono i mutamenti che avvengono nel luogo ch' è in immediato contatto coll' acido e che l' A, denomina *focolaio cancrenoso* (Brandheerd).

Nei casi di maggiore intensità si compie rapidamente

e negli altri meno — ma sempre in un breve termine — attorno al focolaio cancrenoso un' ulteriore metamorfosi: il sangue nei vasi che limitano il focolaio cangia colore, si fa prima verde poi nero, e tanto nell' arteria che nelle vene si coagula; e ciò avviene in una circonferenza che uguaglia l' originario focolaio e che l' A. chiama *areola cancrenosa* (Brandhof). La differenza che presentano i vasi del focolaio e quelli dell' areola stà in ciò che se dalla sezione dei vasi sanguigni auricolari rimasti intatti si spinge una colonna di sangue verso la parte cauterizzata, dessa non entra punto nei vasi del focolaio, mentre di leggeri penetra in quelli dell'areola, sebbene anche ivi il sangue sia coagulato. Contemporaneamente a questi cambiamenti nei vasi dell' areola, il suo parenchima diventa di un color fulvo, ma non acquista mai il colorito terreo del focolaio. Mentre ciò accade attorno all'areola, non vi si scorge ancora un' iperemia di demarcazione nè una generale, soltanto qua e là, nelle vene non dilatate che la circondano, si vede colla lente una divisione del sangue (*itio in partes*); ma non si riscontra ancora uno stravaso nè in piccola nè in grande quantità.

Dopo 18 ore il focolaio cancrenoso si mostra come una macchia di color grigio-terreo, che alla superficie interna incomincia dal centro a divenir bruna e nella quale si veggono ancora soltanto traccie di vasi sanguigni con qua e là piccoli e duri coaguli: agli occhi ed al tatto tutto il tessuto somiglia ad un pezzo di pergamena. Anche una gran parte dell' areola è divenuta di color terreo ed i suoi vasi sanguigni sonosi fatti in gran numero impermeabili come avvenne nel focolaio subito dopo l' applicazione del caustico, ma alla sua periferia succedono ben altri cambiamenti. Senza che nè adesso nè in qualunque altro momento dell' esperimento sia a constatarsi una generale iperemia dell' orecchio, si osserva nella linea di demarcazione fra l' areola e il parenchima sano una fitta ma piccola corona di vasi, che difficilmente si rimuove colla pressione. Il margine dell' areola che è in immediato contatto con questa corona appare di un color verde-giallo ed alcun poco elevato: i vasi propri di quella rimangono impermeabili; in essi non evvi indizio di circolazione. Col farsi più spessa e grossa la corona periferica, aumentasi sempre più l' infiltrazione nell' areola di un umore giallo-verde, che nei prossimi 14 giorni la riempie quasi affatto, innalzandola in forma vescicolare,

senza che però da essa passi nel focolaio. Mentre il centro dell' areola elevasi sensibilmente, il focolaio resta asciutto e depresso. Dopo 14 giorni la corona periferica vascolare comincia ad inviare dei prolungamenti nel focolaio, e in pari tempo suole aver luogo un rapido assorbimento del contenuto vescicolare, che cade poi in forma di crosta.

Se si applica egualmente l'acido solforico concentrato nell' orecchio, ma in maniera che assai minore quantità ne resti aderente al cilindretto di vetro, allora si hanno le seguenti alterazioni: nel parenchima avviene lentamente e a poco a poco un cambiamento di colore, come nel caso precedente, cioè si fa pallido, chiaro e trasparente: nei tronchi venosi medi, e nei piccoli rami arteriosi il sangue si coagula, nei grossi tronchi venosi mantiene a lungo il suo colorito per poi farsi scuro e nero e infine coagularsi come nelle piccole diramazioni. *Il tronco dell' arteria auricolare soltanto non mostra alcuna alterazione infuori di locale contrazione.* Il giorno dopo tutta la parte è elevata in forma di vescica piena di umori, e in mezzo a questa continua a rimanere inalterata l' arteria, la cui sorte però cambia nei giorni seguenti, giacchè coll' apparire della corona vascolare attorno alla parte cauterizzata si accresce l' umore della vescica e nell' arteria si manifesta una divisione dei corpuscoli bianchi (itio in partes) dalla massa sanguigna; ma ciò può essere passeggiero, a meno che l' azione dell' acido non sia intensa, chè allora avviene un vero scomponimento del sangue e cessa la circolazione. Dopo 8-14 giorni la corona vascolare manda dei prolungamenti e avviene ciò che si è notato nel primo esperimento.

Dal confronto di questi due primi casi risultano due fatti; 1° che colla debole azione dell' acido è durato senza alterazione il circolo nel tronco arterioso per 24 ore e più: dal che se ne inferisce che eguali condizioni non producono il medesimo effetto nelle arterie e nelle vene; epperò abbiamo già fin d' ora un fatto importante per la teoria della flogosi, cioè che *i tronchi arteriosi e per conseguenza la circolazione arteriosa resistono assai più delle vene alle influenze morbose;* 2° che in ambedue i casi si ebbe coll' acido la formazione di una grossa macchia bianca, la quale nel primo era un giorno dopo asciutta e come pergamena, nel secondo elevata e piena di umore; in una parola l' una era un *focolaio cancreno o,* l' altra un *focolaio infiammatorio.* Donde

viene questa differenza? La ragione ne starebbe forse nella integrità dell' arteria? L' areola cancrenosa formatasi nel primo caso attorno al focolaio cancrenoso, e costituitasi quale focolaio infiammatorio, sebbene in essa fosse spenta la circolazione arteriosa, prova che l' integrità dell' arteria può bensì contribuire alla rapidità ed intensità dell' essudato, ma che questo in generale od anche esclusivamente è prodotto e mantenuto dalla corona vascolare periferica.

L' A. seguita a minutamente descrivere gli effetti locali dell' acido solforico diluito, dell' acido nitrico, dell' idroclorico, degli alcali caustici, del nitrato acido di mercurio, del cloruro di zinco, dell' acido cromico, del nitrato d' argento, dell' acido fenico, dei diversi gradi di scottature coll' acqua calda e infine della ustione col ferro incandescente: ma quello che io ne ho superiormente riferito basta per formarsi un concetto di questi studi sperimentali e per comprendere le deduzioni ch' egli ne trae: epperò volentieri tralascio tutto il restante, e vengo senz' altro al secondo capitolo e cioè alle *osservazioni generali sui caustici e sulla cancrena.*

Assai differenti sono gli effetti di tutti i suriferiti agenti, sebbene applicati sempre ad un medesimo organo, all' orecchio del coniglio; differente il cambiamento di colorito, di consistenza, di trasparenza; differente il grado di estensione e profondità dell' azione caustica. In mezzo però a tali e tante varietà di esterne apparenze questo havvi di comune fra loro, che immediatamente all' applicazione dei caustici segue la *morte locale*, la quale a due condizioni essenziali si attiene, alla *cessazione del circolo sanguigno ed alla impermeabilità del parenchima agli umori della circolazione.* Che la cessazione del circolo locale sanguigno non basti a determinare per sè sola la cancrena è provato da ciò che nell' areola cancrenosa, nel cui interno i vasi sanguigni sono ripieni di sangue coagulato, si manifesta un rigonfiamento per raccolta di essudato; in una parola l' *areola si trasforma in un focolaio infiammatorio, che ha suo alimento dalla corona vascolare periferica, mentre già i suoi vasi sono obbliterati da coaguli:* dunque alla cessazione del circolo non segue necessariamente la cancrena. La corona vascolare attorno all' areola non porta sangue ai vasi di questa, che è priva affatto di circolazione; in essa non penetra che un essudato. La cancrena insorge allora che nel parenchima non può più insinuarsi l'umore della nu-

trizione, l' umore dei tessuti, insomma quando non può più aver luogo la *corrente intermediaria degli umori.* E ciò è quanto verificasi per la ustione, pel disseccamento, per agenti chimici e per qualunque causa venga in un membro totalmente impedita la circolazione sanguigna *senza che si sviluppi il circolo collaterale*, poichè anche quì ha luogo la seconda condizione da cui deriva la cancrena, vale a dire l' *impermeabilità del parenchima.* Infatti come potrebbe questo rimanere permeabile se dalla periferia non gli giugne più alcun umore nutrizio?

Quanto all' *areola cancrenosa*, qualunque sia la sua estensione, qualunque il caustico adoperato, questo è mai sempre a constatarsi *che il sangue tanto nell' arteria che nelle vene è coagulato* (e il coagulo è una continuazione di quello dei vasi del focolaio), *ma che non ostante l'infiltrazione del parenchima è manifesta:* ciò che rende chiaro che alla impermeabilità di quelli (vasi) non va congiunta l' impermeabilità di questo. Il quale fatto trova riscontro con quanto avviene in certi tessuti fisiologici privi di vasi, che si nutrono cogli umori che loro vengono dalla periferia e in egual modo possono costituirsi in focolai infiammatori.

Dei tre fenomeni morbosi che costituiscono il processo cancrenoso, *focolaio, areola e infiammazione di demarcazione*, ci rimane ad esaminare l' ultima soltanto, la quale ora insorge rapida, ora lenta, ora intensa, ora debole da potersi confondere con una semplice iperemia; ciò nullameno sempre si manifesta. In quanto alla sua origine l' A. esamina innanzi tutto se possa essere *meccanica*, vale a dire una stasi per impedito deflusso. Alla quale spiegazione egli oppone: 1° che la semplice stasi non dà luogo ai gravi disordini di nutrizione (suppurazione) che quì avvengono: 2° che una flussione o congestione collaterale non è in generale dimostrabile; perchè se ciò fosse, nella sezione arteriosa superiore alla obbliterazione si dovrebbe osservare un aumento di calibro dei vasi, e i rami che da essi partono dovrebbero mostrare una forte iniezione, ciò che non è: anzi quei vasi sono così ristretti, che il loro lume n' è appena visibile. Oltre ciò è certo che le vene colle loro anastomosi sono atte a mantenere un normale deflusso e a compensare qualunque disordine. In particolare poi nelle vene dell'orecchio è stato trovato dall' A. come sia assai difficile conseguire una forte iniezione venosa, al che è duopo

legare tutti i rami defluenti, e come non ostante ciò anche questa iniezione svanisca collo sviluppo di nuove anastomosi. L' iperemia di demarcazione non segue il corso dei tronchi e de' loro rami, ma si mostra *dipendente soltanto dai contorni dell'areola cancrenosa*, contorni che segue esattamente. Immediatamente accanto all' areola vedesi la corona vascolare più fitta; i rami arteriosi che toccano in un tratto del loro corso i contorni dell' areola, ivi mostrano tosto una dilatazione, che non si manifesta nè superiormente verso il tronco, nè verso la periferia: egli è nell' areola adunque che deve essere rintracciata la causa dell' iperemia di demarcazione: 3° finalmente se una iperemia meccanica collaterale fosse cagione del fenomeno in questione converrebbe che dessa fosse tanto maggiore quanto più è pronunziato il disordine del circolo; ciò che non si verifica, poichè negli esperimenti coll' acido solforico, nei quali l' impedimento alla circolazione è assai esteso, l' iperemia di demarcazione è insignificante; invece nei casi di cancrena colla potassa caustica l' impedimento al circolo si estende appena oltre il focolaio, ma l' iperemia è rapida ed intensa.

Nel terzo Capitolo viene l' A. a parlare delle *diverse forme della infiammazione*. In proposito di che ricorda come ad accrescere la difficoltà di determinare i confini di questo processo niun fenomeno abbia maggiormente contribuito della *stasi venosa congiunta a trasudamento*. Colle sue ricerche sugli orecchi dei conigli, egli ne studia le anologie e le differenze; e a tale uopo osserva che non basta allacciare le grosse vene del collo, ma tutte le vene visibili della base dell' orecchio, comprendendovi anche le fibre del simpatico che ad esso si distribuiscono, e allora con un forte afflusso si ha un impedito deflusso e per conseguenza una iperemia dell' orecchio quale in niun altro caso si osserva infuori della infiammazione. La temperatura della parte s' innalza a 33° R., tutti i suoi vasi sanguigni grossi e piccoli sono sensibilmente dilatati; alla legatura segue rapidamente la gonfiezza, che in 12 ore suole raggiugnere il suo acme per poi decrescere con sempre maggiore ingrandimento delle piccole vene che al momento della legatura non erano visibili. Ma per quanto tutti questi fenomeni siano pronunziati, per quanto sia copioso l' infiltramento sieroso, giammai si formano elevatezze vescicolari. Confrontando questi casi con quelli della *semplice gonfiezza infiammatoria essudativa* quale si ottiene colle scottature d' infimo grado (40°-43°R)

ne risulta la differenza, che passa fra loro e cioè 1° in questi la temperatura è ad un alto grado, e assai debole l'iniezione vascolare, che in quelli invece è pronunziatissima e poco elevata la temperatura: 2° le pseudo-infiammazioni sono di lunga durata, aumentano a poco a poco e lentamente svaniscono; le gonfiezze infiammatorie essudative sono assai fugaci: 3° nelle prime, benchè di lunga durata, il parenchima non si altera, non insorgono disordini di nutrizione, non vescicazione, non suppurazione, non desquamazione ec.

Ora dei diversi gradi d' infiammazione, il più leggero dei quali è quello succitato delle *scottature* con acqua a 40°-43° R. In esse non havvi che lieve stasi capillare, lieve stravaso sanguigno, piccola gonfiezza, rare traccie di vescichette, per lo più una generale uniforme elevatezza della epidermide, che facilmente cade in desquamazione. Eguali risultati hanno dato le ripetute lavande con acido solforico diluito nella proporzione di 1 : 4 fino ad 1 : 6.

Per studiare in particolare il fenomeno della *infiammazione suppurativa,* l' A. ne ha esaminato la forma più semplice cioè la traumatica, ch' egli ottiene colla estirpazione della cute alla radice dell' orecchio. Il primo cambiamento che si osserva nei vasi è una forte contrazione dell' arteria auricolare tanto del tronco che dei rami, mentre le vene appena cambiano di calibro. In pari tempo s' inumidisce la ferita ed esaminando al microscopio l' umore separato vi si trovano numerosi brani di cellule epidermoidali, peli, corpuscoli rossi del sangue in conseguenza di lacerazione di vasi, ma spesso niuna traccia di corpuscoli bianchi. Dopo poco tempo si vede nelle vene della ferita un debole cambiamento di colore; e, più che cogli occhi, colla lente si scorge in vari punti della vena che il colorito dà luogo ad un bianco più o meno esteso, ma ciò non è di lunga durata, nè sempre facile a constatarsi. Lo stato dell' arteria è nelle prossime tre o quattro ore incostante, verificandosi delle alternative di restringimenti e di dilatazioni; importa però notare che le dilatazioni dell'arteria, qualora insorgano e durino lungo tempo, non sono mai più forti di quelle che susseguono alla paralisi del simpatico. In questo stadio l' iniezione vascolare della parte è insignificante. L' apparire dei corpuscoli bianchi nella secrezione tarda circa 3-4 ore ed anche più. In questo periodo dell' incipiente suppurazione non cangia l' iniezione e l' aspetto esterno dei vasi san-

guigni da quel che era prima: ma coll' aumentare dei corpuscoli del pus muta anche la superficie della ferita e dopo 8-12 ore i vasi sanguigni appaiono coperti come da un denso muco. I corpuscoli del pus nei giorni appresso si disseccano e formano una crosta solida sulla ferita e non solo ricuoprono ma comprimono i vasi sanguigni, che appariscono ristretti. Attorno alla superficie della ferita insorge una debole infiammazione riconoscibile all' iniezione vascolare ed alla tumefazione. I punti più importanti di questa osservazione sono: 1° la distinzione del primo dal secondo stadio; quello dell' essudato umorale, questo della secrezione del pus: 2° che una viva suppurazione ha luogo senza considerevole iniezione e dilatazione dei vasi, e che in ogni modo questi fenomeni giammai sorpassano il noto quadro della paralisi del simpatico nell' orecchio dei conigli.

A rappresentare i fenomeni della *vescicazione superficiale* l' A. si serve dell'olio di Crotontiglio, i cui effetti sono differenti a seconda che l' esperimento è fatto in mezzo ad una temperatura o alta o bassa. Nel primo caso la gonfiezza e la vescicazione avvengono con diffusa iperemia capillare; e se l' olio è applicato alla superficie interna dell'orecchio, la compartecipazione dei grossi vasi si appalesa con una dilatazione che non sorpassa quella delle paralisi del simpatico: ad occhio nudo la separazione dei corpuscoli bianchi dalla massa sanguigna è visibile da prima nelle vene e poi anche nelle arterie. Nella crotonizzazione nel freddo a — 5° R. dopo 24 ore, cioè in uno spazio di tempo in cui l' infiammazione dovrebbe essere avanzata, non si vede ancora alcun cambiamento. Più tardi si scorge che nelle singole vene il sangue scorre lentamente; stadio però che assai presto passa per dar luogo alla quiete assoluta del medesimo. Poscia si separano i corpuscoli bianchi del sangue e restano per ore intere fermi in forma di vescichette trasparenti, specialmente nei luoghi di divisione delle vene. Queste pile sanguigne affatto ferme, ma però ancora fluide, si possono fare andare avanti scuotendo l' orecchio o facendovi una leggiera compressione; ma subito dopo tornano a fermarsi. Frattanto non si osserva alcuna anomalia di nutrizione, niun essudato, niuna gonfiezza o intorbidamento, insomma nessuna alterazione infuori di quella delle vene suricordata: l' arteria auricolare è ristretta e contiene poco sangue, che per quanto appare è normale. Dopo 24 ore di durata dei suddetti fenomeni, co-

mincia il terzo stadio, la dilatazione dell' arteria tanto del tronco che dei rami e con essa l' essudato, l' intorbidamento e la gonfiezza, in una parola tutto il complesso della infiammazione acuta. In questo caso il ritardo dell' infiammazione viene dall' influenza del freddo, ritardo che verificasi egualmente dopo la legatura della carotide o dell' auricolare.

La vescicazione nella profondità di tutto il tessuto è quella che deve essere considerata dopo la *superficiale*, e che l' A. ottiene cogli acidi minerali, e specialmente coll' acido idroclorico fumante. Egli ne applica una goccia in mezzo all' orecchio, ove vicino all' arteria auricolare stanno le due vene mediane: subito dopo si vedono in più luoghi fra loro distanti delle macchie rotonde, che confluiscono con altre vicine: se alla macchia è vicina una vena, questa cangia colore facendosi verde-nera, il quale cambiamento si manifesta a poco a poco in tutti i vasi sanguigni, solo l' arteria auricolare mantiene il suo colorito e il suo polso. Nel giorno seguente in tutti gli altri vasi il sangue è coagulato, e il parenchima elevato in vescica. Eguale risultato si ottiene coll' idrato di acido formico, solo che dopo 3-4 giorni il sangue apparisce coagulato anche nell' arteria.

Altra forma d' infiammazione è quella da *intirizzimento* che l' A. ottiene con una corrente continua di etere solforico sull' orecchio, che si converte in un corpo bianco, duro ed immobile. Lasciato a sè l' orecchio dopo pochi minuti diventa molle e con grande rapidità si fa sede di un' acuta flogosi e all' *itio in partes* nelle vene ed anche nell' arteria segue la cessazione del circolo arterioso ed una generale coagulazione del sangue.

Esposte così le diverse forme d' infiammazione con molte altre particolarità, si fa l'A. ad indagare l' *influenza della legatura arteriosa* sulla origine e sul corso della cancrena e del processo flogistico. Ho già ricordato il modo con cui egli ottiene l' anemia dell' orecchio, e perciò nol ripeterò; accennerò solo che coll' allacciatura della carotide ha visto ristabilirsi il circolo dopo un giorno e mezzo e dopo sei coll' allacciatura dell' arteria auricolare: di guisa che egli era sicuro di avere subito dopo l' operazione un orecchio anemico. Egli ha qui ripetuto tutti gli esperimenti coi caustici su menzionati e da essi risulta:

1. Che i caustici diretti ed immediati producono nelle parti anemiche un' escara così rapida ed estesa come nel-

le normali, però l' infiammazione di demarcazione è ovunque più lenta e minori i suo prodotti.

2. Che i caustici invece, alla cui azione escarotica precede una gonfiezza infiammatoria (cloruro di zinco) agiscono più lentamente che nelle parti normali, e spesso dopo ripetute applicazioni.

3. Che cagioni capaci di produrre nelle parti normali coagulo del sangue nelle vene, ma non contemporaneamente nelle arterie, nelle parti anemiche lo producono in tutta la rete vascolare.

4. Che infiammazioni le quali anche in parti normali avvengono lentamente (olio di crotontiglio) coll' anemia dell' arteria sono notevolmente ritardate nel loro sviluppo.

5. Che sottoposti gli orecchi anemici alla scottatura offrono egualmente dei sani una debole resistenza.

6. Che se alla scottatura si fa seguire subito la legatura della carotide, diminuiscono sensibilmente la vescicazione e la suppurazione; l' iperemia e l' essudato sono molto minori.

L' ultimo capitolo contiene le *considerazioni generali sul processo flogistico;* e in esso l' A. comincia dal fare un paragone fra la cancrenâ e la flogosi dicendo che quella ha su questa il vantaggio della più grande semplicità e chiarezza. Imperocchè la cancrena, come tutte le alterazioni radicali e in sè stesse racchiuse, si riassume in una formola concisa cioè nella *cessazione della nutrizione di una parte;* avvertendo che la nutrizione si effettua non solo dai vasi propri, ma anche dagli umori che vengono da vasi remoti; per cui il parenchima deve essere impermeabile a qualunque corrente di umori.

L'infiammazione invece non si lascia compendiare in una formola egualmente semplice: infatti quante differenti alterazioni non si manifestano dalla semplice infiammazione prodotta dall'acqua a + 40° R. alla infiammazione vescicolare, a quella che termina in cancrena? Ma in mezzo a questo caos di opposte immagini anatomiche evvi un fatto *costante* e *caratteristico* cioè il *disordine della circolazione* distinto in due gruppi: da una parte *separazione del sangue nelle vene, associata alla congestione arteriosa:* e dall' altra il *completo locale coagulo sanguigno congiunto alla iperemia periferica.* In quanto al primo gruppo l' A. fa notare che anche nella stasi avviene la separazione dei corpuscoli bianchi dal restante del sangue, senza che perciò si abbia ancora una flogosi; ma in quella il ristagno del sangue incominciato specialmente

nel tessuto capillare, superiormente si continua nelle arterie e in basso nelle vene: nella infiammazione invece ha luogo tutt' altra combinazione, cioè *accanto alla separazione del sangue nelle vene evvi la congestione arteriosa;* combinazione che spiega il complesso dei fenomeni di questo gruppo di flogosi.

A spiegare l' origine della separazione del sangue nelle vene è stato chiamato in soccorso il restringimento e la dilatazione dell' arteria: ma l' A. ha dimostrato che l' infiammazione negli orecchi dei conigli per l' azione dell' olio di crotontiglio in mezzo ad una temperatura fredda o combinata alla legatura dell' arteria, comincia quando già non evvi ancora alcun indizio di dilatazione dell' arteria. D' altra parte vi sono casi di dilatazione e di restringimento di arteria, i quali rapidamente o lentamente insorgono, durano lungo tempo, o presto scompaiono senza produrre il più lieve sintomo di flogosi: in proposito di che l' A. richiama alla memoria gli effetti della paralisi del simpatico. Laonde pone per assioma che i *cambiamenti di calibro dei vasi sono per l' origine della infiammazione momenti accidentali* e punto *essenziali.* Oltre la corrente sanguigna, anche lo stato delle pareti interne dei vasi (cambiamento di tono, di contrattilità, di levigatezza) concorre a modificare la qualità del sangue, a produrne la coagulazione. E che un' alterazione delle pareti dei vasi vi sia l' A. lo deduce dai suoi esperimenti e l' arguisce dalla escita dei corpuscoli bianchi.

La *congestione arteriosa,* che un tempo era considerata quale primitivo cambiamento della circolazione sanguigna, ma che nelle infiammazioni prodotte coll' olio di crotontiglio in mezzo a temperatura fredda rappresenta il secondo stadio del processo, la congestione arteriosa è quella che in un colla separazione del sangue forma quella alterazione del circolo nella flogosi, che è propria di questo primo gruppo; ed è da essa che nascono i sintomi infiammatori, l' iperemia, l' aumento di calore, l' essudato. L' iperemia è di due maniere, dilatazione e ripienezza dei vasi già visibili nell' orecchio, e aumento del numero dei medesimi. Tanto questa che gli altri sunnotati fenomeni (essudato, vescicazione) erano ritenuti quali decisi controssegni della flogosi, stante che non si conosceva ancora l' alterazione locale della costituzione del sangue. Egli è bensì per questa congestione arteriosa, che esercitandosi una pressione sulle vene, ne viene, anche in

seguito dell'alterata condizione delle loro pareti e dell'avvenuta divisione del sangue, ne viene determinato l' essudato fluido e dei corpuscoli bianchi, ma egli è sempre vero che alla congestione precede l' alterata costituzione del sangue. In quanto poi all' escita dei corpuscoli bianchi, non sarebbe dessa un fenomeno attivo cioè un' *emigrazione* come vorrebbe *Cohneim*, ma *passivo* quale una *spremitura*, poichè la separazione di essi dalla massa sanguigna può durare a lungo (stasi) e non esservi traccia d' essudato, d' intorbidamento finchè non subentra la congestione arteriosa; a spiegare la quale non bastando le condizioni meccaniche del circolo bisognerebbe ricorrere anche al concorso dei nervi.

Ora del secondo gruppo di cambiamenti di circolo nella flogosi, cioè della *completa coagulazione del sangue nelle vene e rispettivamente nelle arterie* quale abbiamo visto avvenire nelle infiammazioni con vescicazione profonda prodotta dall' acido idroclorico, in quelle che seguono all' intirizzamento coll' etere solforico ec. In esse fin dal principio del processo si mostrò la coagulazione del sangue nelle vene prima di qualunque indizio di essudato e di congestione; la *flogosi adunque non conduce alla coagulazione, ma questa a quella.* Dopo la legatura della carotide nel collo o della auricolare alla base dell' orecchio, toccando questo con alcune goccie di acido idroclorico fumante, come si è detto, in uno spazio di un grosso di argento, in breve tempo manifestamente il sangue si coagula nella vena e nell' arteria. Alcuni giorni dopo non è ancora visibile un essudato in questo luogo; più tardi alla sua periferia si mostra una fina rete vascolare, colla quale a poco a poco si forma l' essudato nel luogo affetto, che innalzasi in forma di vescica. Noi abbiamo qui un focolaio inflammatorio, la cui sorgente (Eutzündungsquelle) non è nel luogo stesso ove ha agito l' acido, ma nella sua periferia; nè potrebbe essere altrimenti poichè la sua interna circolazione è estinta. Che se la rete periferica per qualsivoglia cagione non giugne a formarsi od è insufficiente, allora il *focolaio infiammatorio* si converte in *cancrenoso.* Due momenti adunque sono quelli che distinguono questo gruppo d'infiammazioni; 1° la permeabilità del parenchima colla obbliterazione dei vasi sanguigni; 2° la proliferazione dei vasi sanguigni alla periferia. E però il fenomeno è non solo nell' apparenza, ma nell' essenza identico a ciò che avviene nella infiammazione di demarcazione attorno al-

la cancrena. Qui l' A. si fa due dimande, e cioè quale sia il modo di circolazione nei vasi di nuova formazione, e come abbiano essi origine. In quanto alla prima è d' avviso, per analogia, che sia eguale a quella dei vasi essudanti. In quanto alla seconda è certo che la proliferazione essendo più intensa immediatamente vicino al focolaio infiammatorio, da dove irradiandosi diminuisce, in quello deve risiedere la causa, la quale non può che consistere in una irritazione, poichè la proliferazione dei vasi, la vegetazione della rete sono fenomeni che dipendono da aumento di assorbimento di materia e da accresciuta attività degli elementi organici.

Da ultimo sono esaminati i fenomeni che avvengono fuori dei vasi. Che fenomeni *primitivi attivi* del parenchima succedano quale immediata conseguenza della flogosi non è provato, essi succedono in un altro stadio, in quello in cui è cominciato l' essudato dai vasi. I cambiamenti primitivi fuori dai vasi sono *passivi* e tanto del parenchima che degli umori del medesimo; quelli come intermediari di ulteriori fenomeni secondari; questi come momenti importanti a determinare la forma l' estensione e la profondità del focolaio infiammatorio.

Adunque l' infiammazione acuta sarebbe per l' A. *un alterata nutrizione prodotta da un acuto disordine del circolo sanguigno; disordine che nel focolaio infiammatorio spingesi fino alla coagulazione del sangue e nella sorgente infiammatoria solo fino alla separazione del sangue nel dominio venoso, congiunta a congestione arteriosa.*

Questi studi sperimentali dell'A. sono di una massima importanza, giacchè per essi verrebbe cambiato l' indirizzo della patologia, almeno riguardo alla flogosi, restando infirmato il principio di *Virchow*, secondo il quale l'essudato verrebbe bensì in ultima istanza sempre dal sangue; soltanto che invece di una pressione di questo (Blutdruck) sarebbe un' azione degli elementi dei tessuti, che lo sottraerebbe dai vasi.

RENDICONTI ACCADEMICI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Sessione scientifica delli 30 Ottobre 1870

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

MICHETTI DOTT. ANTONIO *Il granturco considerato per la sua influenza sullo sviluppo e sulla diffusione della Pellagra. Discorso. Pesaro 1870.* — MORONI DOTT. ERCOLE *La Scienza Veterinaria e l' arte Zootecnica professate. Discorso. Milano 1870.* — GAMBERINI PROF. PIETRO *L' Impettigine e l' acne. Osservazioni critiche. Modèna 1870.* — MAUDSLEY DOTT. ENRICO *Fisiologia e Patologia dello spirito. 1. Versione italiana pel dott. Domenico Collina. Fasc. 4. Napoli 1870.* — MANNUCCI DOTT. EUGENIO *Guida alle acque minerali di Città di Castello.* — COMIZIO AGRARIO DI BOLOGNA *Bullettino. Vol. 1. Disp. 2. Bologna 1870.* — NERONI DOTT. VINCENZO *Sopra alcuni punti della Terapia delle fratture e più particolarmente del metodo innamovibile. Memoria. Reggio dell' Emilia 1870.* — MINONZIO DOTT. PAOLO *Il Medico di Collina, ossia quindici anni di servizio nella condotta Medico-Chirurgica di Carnago sui Colli Varesini. Resoconto con osservazioni scientifico-pratiche, intorno ai dettati più importanti della moderna scuola medica, e specialmente sull' uso ed in difesa del salasso. Milano 1870.* — R. ISTITUTO D' INCORAGGIAMENTO ALLE SCIENZE NATURALI ECONOMICHE E TECNOLOGICHE DI NAPOLI *Atti. Serie 2. Tomo VI. Napoli 1869.* — DELSTANCHE DOCT. CH. *Note sur les applications du soufflet a double ballon au diagnostic et au traitement des maladies de l' Oreille. Bruxelles.* — WILH DOCT. THEODOR RENZ *Die Spreizlade ein praktischer Verband für Schuss-Fracturen des Oberschenkeis. Wildbad.*

Viene aperta la Sessione colla lettura del processo verbale di quella tenuta nello scorso mese che viene approvato.

Sono presentati i libri venuti in dono dopo quella Seduta. Il Segretario prof. *Brugnoli* legge quindi un Rapporto sugli esperimenti clinici fatti coll' acqua della Piana presso Schio. Essendo stata inviata a questa Società copia abbondevole di quell' acqua minerale e conoscendosi dalla Commissione delle Consultazioni non aversi dai malati ambulanti che frequentono le sue settimanali Sedute risultamenti certi e spediti, furono invitati a prender parte all' esperimento i medici degli Spedali, i prof. *Brugnoli* e *Gamberini*; ed ora il relatore coi dati raccolti dalla Commissione e da questi non che dalle pratiche private di altri, in ispecie dei Soci *Canuti* e *Rasi*, viene a mostrare come possa tornare assai utile l' amministrazione di quest' acqua marziale, e come essa meriti ben giustamente su altre la preferenza.

Invitati i soci presenti a presentare osservazioni se ne avessero in prò o contro, e niuno avendo preso la parola la Seduta venne dichiarata chiusa.

Sessione scientifica delli 27 Novembre 1870

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

FELICI DOTT. LUIGI *Delle raccolte muco-purulenti del seno mascellare e di un nuovo trapano perforatore del Dott. Vincenzo Serra. Jesi 1870.* — MANNUCCI DOTT. EUGENIO *Guida delle acque minerali di Città di Castello. 1870.* — D' URSO PROF. ETTORE *Sul salasso nella gravidanza, parto e puerperio. Bari 1870.* — MARTINO DOTT. GIUSEPPE *Memoria sulla istruzione delle levatrici a carico dei Municipi. Napoli 1870.* — GIACOMELLI DOTT. CARLO *Nuovo processo per l' operazione del Fimosi secondo il metodo della circoncisione. Torino 1870.* — SCHIVARDI DOTT. PLINIO *Della vita e degli scritti del Dott. Cav. Bartolomeo Guala. Milano 1870.* — MAUDESLEY DOTT. ENRICO *Fisiologia e Patologia dello spirito. Fasc. 5. Napoli 1870.* — BARBIERI DOTT. AGOSTINO *Rendiconto della guardia Chirurgica dell' Ospedale Maggiore di Milano per l' anno 1869. Milano 1870.* — ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA *Memorie. Serie II. Tomo X. Fasc. 2. Bologna 1870.* — ISTITUTO MEDICO VALENCIANO *Breves apuntes sobre la Fiebre amarilla o tifus icterodes, seguidos de algunos preciptos higienicos relativos à dicta enfermedad. Valencia 1870.*

Viene letto ed approvato il verbale dell'antecedente Sessione scientifica.

Annunzio Necrologico

Il Segretario partecipa che nel corso di questo mese la Società nostra ha perduto per morte tre distinti Soci corrispondenti e cioè il Dott. *Giuseppe Marmani* Chirurgo primario in Cesena; il celebre fisiologo Prof. *Secondo Berruti* di Torino, e l'illustre statista medico Cav. Dott. *Giuseppe Ferrario* di Milano. Egli aggiunge poi un cenno di alcuni tratti fatti in ispecie dagl' ultimi due a vantaggio della nostra Accademia.

Osservazioni d' Ostetricia

Indi il socio residente Dott. *Leopoldo Golinelli* legge un suo scritto ove descrive *alcuni casi di rivolgimento ostetrico con manovre esterne* ed in questo lavoro, di cui non diamo sunto, giacchè venne per intero pubblicato nel Bullettino, l'autore tratta di molti altri argomenti per coincidenza risguardanti l' ostetricia e che sono da considerarsi come di attualità i quali poi ei riassume in 14 conclusioni con cui pone termine al suo lavoro.

Terminata la lettura ed aperta la discussione il socio Cav. Dott. *Verardini* intende di fare una rettificazione storica al lavoro del *Golinelli* dicendo che altri prima del socio Prof. *Massarenti* aveva applicato lo stetoscopio in vagina per ascoltare i rumori che si percepiscono nella gravidanza. — Ma il Dott. *Golinelli* replicava che egli aveva detto che il Prof. *Massarenti* era stato il primo ad applicare l' ascoltazione vaginale alla diagaosi della placenta pervia, e non già ch' era stato il primo a praticare l' ascoltazione vaginale in genere. — Il *Verardini* mostrasi dubbioso ad accogliere anche questa restrizione sembrandogli averne qualche ricordo per cose già lette.

Il socio Dott. *Belluzzi* fa osservare che dalle storie riferite dal *Golinelli* si ritrae che la posizione trasversa del feto è prodotta molte volte da bacino deforme, come egli aveva già annunziato in un suo lavoro già pubblicato.

Alcune considerazioni esposte dal socio Dott. *Ercole Fabbri* sui vari metodi usati per misurare l' altezza a cui giunge il fondo dell'utero nei diversi mesi di gestazione, in relazione alla 14ª conclusione portata dal-

lo scritto letto dal *Golinelli*, danno luogo ad una breve discussione in cui prendono la parola il Prof. *Rizzoli*, i Dottori *Belluzzi* e *Pilla* ed ove si conclude che sembra meritare la preferenza il metodo di misurare l' utero dalla bocca al fondo sia mediante un dito portato in vagina mentre l' altra mano è applicata al fondo dell' utero, sia mercè l' isterometro del Prof. *Rizzoli* in relazione alla proposta fatta dal Prof. *Fabbri* nella Seduta del 12 Gennaio 1868 tenutasi dall' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, di misurare l' altezza dell' utero dal segmento inferiore al fondo con acconci strumenti.

Dopo ciò la Seduta è sciolta.

Sessione scientifica delli 30 Dicembre 1870

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

SAVIOTTI DOTT. GIOVANNI *Ricerche intorno alle alterazioni dei vasi sanguigni nell' infiammazione. Torino 1870.* — FIORENTINI PROF. L. *Discorso inaugurale per la riapertura dell' Università di Bologna nell' anno 1870-71.* — MINONZIO DOTT. PAOLO *Il Medico di collina ossia 15 anni di servizio nella condotta Medico-Chirurgica di Carnapo sui Colli Varesini. Resoconto. Disp. 2.* — MICHETTI DOTT. ANTONIO *Dell' efficacia ipnotica del cloralio idrato in diverse forme di malattie mentali e pensieri sulle cagioni generali di queste malattie. Lettera diretta al Dott. Cav. Ignazio Zani. Fano 1870.* — CALDERINI DOTT. GIOVANNI *Igiene popolare. Danni cagionati alla vista dalle condizioni attuali della Società e mezzi atti a prevenirli. Torino 1870.* — RHEINDOFE DOTT. G. *Compendio di Oftalmologia per gli studenti e medici pratici. Versione italiana pei Dott. G. Bini e G. Calderini. Roma-Torino-Firenze 1870.* — SCARPITTI LUIGI *Calendario Igienico e ricordi di Medicina domestica per l' anno 1871. Napoli 1870.* — VERARDINI CAV. DOTT. FERDINANDO *Studi monografo-clinici intorno l' ernia diaframmatica. Roma 1870.*

Il Vice-Segretario Dott. *Ercole Fabbri* dà lettura del Processo verbale dell' antecedente Seduta, il quale dietro proposta del Sig. Presidente viene modificato ed approvato dall' assemblea.

Ha quindi la parola il socio res. Dott. *Ercole Galvagni* il quale legge una sua nota *Storia di un caso di lussazione metacarpo-falangea*

posteriore completa del dito mignolo della mano destra, non ridotta, e considerazioni relative. Questo lavoro viene già inserito per intero nel Bullettino.

Sessione Amministrativa delli 8 Gennaio 1871

Questa seduta per una parte fu data alla trattazione degli affari economici della Società, e per l' altra alla rinnovazione delle *Cariche dell'Accademia* per l' anno 1871; poscia esaurite le relative operazioni elettorali rimase stabilito nel modo seguente il

Quadro delle Cariche della Società Medico-Chirurgica di Bologna per l' anno 1871.

Rizzoli comm. N. U. prof. Francesco *Presidente.*
Versari cav. prof. Camillo *Vice-Presidente.*
Brugnoli cav. prof. Giovanni *Segretario.*

Economo
Bacchi dott. Alessandro.

Cassiere
Modonini dott. Bernardo.

Vice-Segretarii
Canuti dott. Canuto.
Fabbri dott. Ercole.

Commissione per la compilazione del Bullettino delle Scienze Mediche.

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore.*

Bacchi dott. Alessandro.
Belluzzi dott. Cesare.
Capuri dott. Antonio.
Corazza dott. Luigi.
Giovanini dott. Antonio.
Golinelli dott. Leopoldo.
Pilla dott. Giovanni *Vice-Direttore.*
Rizzoli comm. prof. Francesco.
Vella cav. prof. Luigi.
Zani cav. dott. Ignazio.

Commissione per le Consultazioni e per lo studio delle Epidemie.

Direttori e Segretari

Canuti dott. Canuto per le Consultazioni.
Corazza dott. Luigi per le Epidemie.

Baravelli dott. Gio. Batt.
Brugnoli cav. prof. Giovanni.
Capuri dott. Antonio.
Gamberini cav. prof. Pietro.
Romei dott. Federico.
Taglioni dott. Giuseppe.
Verardini dott. cav. Ferdinando.
Versari prof. cav. Camillo.

Commissione per la Vaccinazione.

Canuti dott. Canuto *Direttore.*

Belluzzi dott. Cesare.
Modonini dott. Bernardo.
Pilla dott. Giovanni.
Rasi dott. Demetrio.
Scandellari dott. Gaetano.
Soverini dott. Carlo.
Verardini cav. dott. Ferdinando.

Gabinetto Anatomico Patologico.

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore.*
Romei dott. Federico *Dissettore.*
Pedrelli dott. Marco *Segretario.*

Gabinetto di Lettura.

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore.*

Aggiunti

Bernardi dott. Giulio
Canuti dott Canuto.

Sessione scientifica delli 29 Gennaio 1871

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

CINISELLI DOTT. LUIGI *Sugli aneurismi dell' aorta toracica finora trattati colla elettro-puntura. Milano 1870.* — DE GIOVANNI DOTT. ACHILLE *Considerazioni sulla cachessia puerperale. Lettera al cav. dott. Emilio Valsuani. Milano 1870.* — KERNAT FEDERICO *Storia della Farmacia e dei Farmacisti appo i principali popoli del mondo. Napoli 1871.* — GAMBERINI PROF. PIETRO *Note cliniche di dermatologia.* — *Aneurisma dell' arco dell' aorta curato due volte coll' elettro-agopuntura secondo il metodo del prof. cav. Ciniselli di Cremona. Milano 1870.* — TROMPEO D. *Cenni Biografici sulla vita e sugli scritti del prof. emerito Secondo Berruti. Torino 1870.* — MATURI DOTT. RAFFAELE *Dizionario di Medicina ad uso del pratico, notomia, fisiologia, patologia medica, e chirurgia terapia speciale. Fasc. 4. Napoli 1870.* — SANGALLI PROF. GIACOMO *Altro fatto di cattiva conformazione dell' atlante, qual causa di torcicollo congenito. Milano 1870.* — MONTEVERDI DOTT. ANGELO *Dimostrazione di una nuova importantissima virtù medicamentosa della China e dei suoi preparati. Cremona 1870.*

— Borghi Dante dott. Gio. *Prosoplegia unilaterale sinistra idiopatica complicata da anestesia dei rami periferici del trigemino e relativa applicazione della idroterapia. Livorno 1870.* — Corradi prof. cav. Alfonso *Del fine civile e del carattere nazionale degli studi principalmente medici. Milano 1871.* — Pinto dott. Giuseppe *L' arseniato di chinina ad alta dose. Roma 1870.* — Ullesperger dott. J. B. *Ein Bluck die Medicen in Spanien. Berlino.* — R. Istituto Veneto di Scienze Lettere ed Arti *Atti. Tomo XVI. Serie 3. Disp. 1. Venezia 1870-71.* — Ospizi Marini di Bologna *Rapporto Amministrativo per l' anno 1870. Bologna 1871.* — Copello dott. Juan *Nueves Estudios sobre la Fiebre Amarilla. Lima 1870.* — R. Accademia delle Scienze di Torino *Atti. Vol. VI. Disp. 1. Torino 1870-71.* — R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere *Rendiconti. Serie 3. Vol. IV. Fasc. 1. Milano 1871.* — *Rendiconti. Serie 2. Vol. III. Fasc. XX. ed ultimo. Milano 1870.* — Masnata dott. Giovanni *Vajuolo arabo e vaccino. Cagliari 1871.* — Marcacci prof. Giosuè *Clinica Chirurgica di Siena. Asportazione totale della glandula parotide.*

È aperta la seduta colla lettura del processo verbale della sessione scientifica delli 30 Dicembre p. s. il quale rimase approvato.

Il socio res. Dott. *Antonio Giovanini* presenta un esteso suo lavoro manoscritto risguardante l' *anchilosi angolare del ginocchio*, nel quale all' appoggio di storie cliniche viene ad illustrare la terapia di questa tanto ribelle malattia delle articolazioni. Il disserente comunica varie parti della sua memoria, l' estensione della quale non permettendo che venga letta per intero. Dopo di che avendo egli trattato nel suo discorso della macchina osteoclaste inventata dal Prof. *Rizzoli* e dell' applicazione fattane in questo emergente, il Sig. *Lollini* cav. *Pietro*, terminata la lettura, fece la dimostrazione artistica di questa Macchina e d' ogni sua parte riportando approvazione e lode dall' assemblea.

RIVISTA DEGLI SPEDALI DI BOLOGNA

Ospedale Maggiore

Sezione Chirurgica del Prof. Rizzoli

Allungamento immediato dell' arto inferiore destro per trauma all'articolazione cosso femorale. Guarigione.

Nel leggere le Memorie di Patologia Chirurgica, e di Medicina Operatoria, contenenti le osservazioni raccolte nella Clinica Chirurgica di Catania dal Prof. *Euplio Reina* (1), rinvenni alcune sue lezioni intorno la contusione più o meno grave del legamento rotondo della testa del femore, e la rottura del legamento istesso, che finora non furono bene conosciute, e trovai ove ha fine la prima di esse lezioni, un quadro dei sintomi, che a simili traumatismi son proprii, e di altri comuni con quelli della frattura del collo del femore, che quì riporto.

Sintomi proprii

1. In tutto l' arto.

Flessione della coscia facile senza dolore e con poco aiuto sino alla linea verticale, o anche al di là. Accorciamento temporaneo dell' arto, che cede sotto alla distensione del piede o sola, o preceduta dagli anestetici.

2. Nello acetabolo.

Rotazione del gran trocantere, come nello stato ordinario. Dolore esteso dallo acetabolo per tutta la regione inguino-pudenda. Accrescimento del dolore entro l' acetabolo comprimendo sul gran trocantere, o tirando il piede in giù. Sensazione di oscillamento al piano dell' anca (non frequente).

3. Nella regione trocanterica.

Conformazione ordinaria della regione trocanterica. Lieve lesione e più spesso nessuna alla pelle della regione del gran trocantere.

---

(1) Catania Stabilimento Tipografico di Cebalotola nel R. Ospizio di beneficenza. 1869.

Sintomi comuni

a. Immobilità volontaria dell' arto.

b. Rotazione in fuori dell' arto.

c. Tallone tra il tendine d' Achille ed il malleolo dell' arto sano.

Fra i sintomi proprii delle indicate violente lesioni del legamento rotondo ileo-femorale non trovandone notati alcuni che molto a ragione sono riferibili a questi traumatismi, e di cui ebbi campo osservare un fatto speciale in questo Spedale Maggiore, mi sono perciò determinato a darne conto.

Si riferisce a certo Giuseppe Soldati d' anni 30, muratore, che nel giorno 7 Giugno 1868, essendo caduto da un ponte dell' altezza di tre metri, e percosso avendo sui sassi colla regione trocanterica destra, per la patita lesione venne subito accolto nell' Ospedale e posto nella Sezione del Prof. *Rizzoli*.

Da me visitato presentava lieve e soffice tumidezza alla regione trocanterica destra, la coscia e la gamba corrispondente trovavansi in estensione. L' arto era più lungo dell' opposto di oltre due centimetri, quantunque la pelvi fosse perfettamente livellata, ed il gran trocantere destro rinvenivasi di altrettanto più basso del sinistro. Il piede vedevasi in buona direzione, i muscoli della coscia mostravansi in uno stato di tensione. I movimenti attivi dell' arto erano rimasti aboliti sino dal primo momento che ebbe luogo la caduta, poichè il Soldati avendo subito dopo tentato d' alzarsi non vi riescì, e non potè in alcun altro modo reggersi in piedi.

I moti passivi poi in legger grado erano permessi in tutti i sensi, ma destavano un vivo dolore alla regione dell' inguine, che diffondevasi alla glutea, ed al davanti della coscia.

Questa forma di allungamento traumatico immediato dell' arto pelvico destro non era al momento facile a spiegarsi; tuttavia escluso avendo che si trattasse di lussazione, per la negazione dei dati obbiettivi, e pel modo col quale il paziente era caduto, si convenne col Dott. *Giacomo Bertoloni*, Chirurgo residente dello Spedale, di stare sull'aspettativa, e di affidarsi nel frattanto alla immobilità dell' arto, ed alle fredde locali applicazioni.

Nella successiva mattina fatto osservare l' infermo al Prof. *Rizzoli*, avendo egli ripetuti i più accurati esami, constatò, che l' allungamento dell' arto destro non era riferibile a slogamento del capo del femore, e fece conoscere di avere osservati altri identici casi nella sua estesa pra-

tica, i quali tutti erano del pari susseguiti ad una violenza diretta sul gran trocantere. Fatta egli considerazione alla cagione occasionale, ed alla rapidità con cui ebbe luogo in simili casi l'allungamento dell'arto offeso, lo attribuì a raccolta sanguigna formatasi entro la cavità dell'articolazione, che ei ritenne susseguita molto probabilmente a lesione avvenuta pel trauma nel legamento ileo-femorale, il quale come è noto è fornito di struttura vascolare. Questa diagnosi poi trovava conferma nella prontezza della guarigione, che se ne ottenne, mediante il solo riposo, e le locali fredde applicazioni.

Rammentò per altro un caso che malamente finì, e questo fu da lui osservato nel 1846 in un fanciullo, nel quale il chirurgo che venne pel primo chiamato, nel sospetto di lussazione, avea eseguiti inutilmente, ripetuti e violenti tentativi di riduzione. Il *Rizzoli* allorchè ebbe riconosciuto trattarsi della lesione surricordata, non potè consigliare che un metodo curativo diretto a togliere i fenomeni di flogosi dell'articolazione dell' anca, susseguiti alle improprie fatte violenze. Nullameno l' allungamento dell' arto, sebbene con lentezza, per gradi aumentò in modo, da originare di poi una lussazione sintomatica iliaca posteriore, che non ammise alcuna altra cura proficua.

Considerate adunque la indicate cose, anche il Soldati, di cui superiormente parlai, fu sottoposto al mite regime accennato, e così dopo otto giorni, l'allungamento dell'arto offeso potea dirsi scomparso, per cui in quindicesima giornata, si permise all' infermo di scendere dal letto. Sorregendosi colle stampelle potè fare alcuni passi tenendo il piede in buona direzione, e poggiarlo sul pavimento senza risentirne molestia. Il 29 Giugno avendo abbandonato ogni appoggio usciva dallo Spedale perfettamente guarito, per riprendere dopo altri pochi giorni, il proprio mestiere.

Sebbene la ragione anatomica di questa forma d'allungamento immediato d'uno degli arti inferiori, non sia ancora dimostrata anatomicamente, nullameno clinicamente considerata sembra in realtà riferibile ad emorragia intracapsulare dell'articolazione ileo-femorale, dipendente con molta ragionevolezza dalla lesione del legamento rotondo femorale. Nello attendere però i riveli che sarà per fornire in proposito l'ispezione anatomica, non ho creduto inutile l'esposizione del fatto da me osservato, acciocchè in consimili evenienze, si possano dai chirurghi meno esperti, con tanta maggiore facilità evitare errori, capaci d' indurre conseguenze finali molto spiacevoli.

A. GIOVANINI Medico Chirurgo
già Assistente all' Ospedale Maggiore.

NOTIZIE COMPENDIATE INEDITE

Ischialgia e psoite. — *Pel Dott.* Giacomo Rizzi.

Ai primi di Settembre dell' anno scorso 1870 fui chiamato da certo B. di Ceto (Brescia), il quale si trovava a letto. Mi raccontò il medesimo che da alcuni giorni soffriva di quando in quando e talvolta per lungo tempo, specialmente la notte, dolori atrocissimi che dalla regione lombo-sacrale discendevano saltuariamente lungo la coscia e gamba destra nella regione esterna e posteriore. Non si lasciò intentato alcun mezzo che l' industria e l' esperienza popolare suggeriscono, ma tanto divennero forti e strazianti i dolori, che fu necessità ricorrere al medico.

Io anzi tutto esaminai la parte, nè trovandovi rossore, nè gonfiezza, nè dolore all' ispezione ed al palpamento nelle regioni indicate, e inoltre per le cognizioni avute sull' esordire e sull' andamento della malattia, non esitai a diagnosticare una sciatica reumatica per non conoscere alcun altra causa speciale, anche dietro esame della spina dorsale, e dei visceri contenuti nel basso ventre. Ordinai pertanto secondo il mio costume in questa malattia, almeno quando essa non è del tutto recente, tre o quattro mosche di Milano da applicarsi sul luogo dolente, l' una al sacro dove incominciava il dolore, l' altra al suo termine, e di mezzo le restanti. Inoltre feci provvedere della seguente pomata: Pr. Cloridrato di morfina cent. 24; sugna balsamica gr. 12 us. est. Per frizioni sugli spazi intermedi alle mosche di Milano. Acciocchè poi l' ammalato non fosse così come per lo innanzi tormentato da rendere insonni le notti, feci prendere anche due pillole così composte: Pr. estr. di josciamo cent. 60; acetato di morfina cent. 2 m. f. 2 pillole: una la sera, ed una dopo mezzanotte, caso mai i dolori non s' allentassero. Così lasciai l' ammalato assicurandolo che da questa cura avrebbe tratto certo giovamento.

Furono eseguite puntualmente le mie ordinazioni, ed il giorno dopo venni a sapere che l' ammalato era di molto migliorato. Tornato il dì seguente, cioè due giorni dopo la prima visita, rinvenni di fatto l' infermo pieno di fiducia per la guarigione. Però mi soggiunse che di quan-

do in quando lo assaliva ancora qualche accesso di nevralgia, la quale nella notte innanzi, sebbene per poco però, ne lo avea molestato. Allora non dubitai di consigliarlo a continuare nell' uso della pomata di morfina, e far acquisto delle seguenti pillole: Pr. solfato di chinina gr. 1; oppio cent. 25; estratto di valeriana gr. 6 per fare 8 pillole, da darsene 1 ogni 3 ore. È questa una formola, cui mi appiglio con gran facilità e fiducia, quando intendo prevenire qualunque attacco nevralgico. E difatti in questo come in molti altri casi ho avuto esito brillantissimo (1). Lasciai quindi l' infermo dopo alcuni giorni guarito, fuorchè accusante stanchezza ed indebolimento all' arto affetto, e qualche piccolo doloretto lancinante alla regione inguinale ed allo scroto.

Io non rividi quell' infermo che il 27 d' Ottobre seguente, cioè un mese dopo circa, essendo da lui stato chiamato. L' aspetto del medesimo mi fece spavento, tanto era magro, smunto e cadaverico; gli occhi erano infossati nell' orbita, cinta da livido cerchio. Corsi subito col pensiero a qualche vasta e grave lesione, ma senza mostrare all' esterno il mio interno sentimento di raccapriccio e terrore, interrogai il paziente intorno alle sue sofferenze. Egli mi rispose che 15 giorni circa innanzi quel doloretto che prima lentamente e non sempre l' incommodava, e che egli credendolo un residuo ostinato dell' ischialgia sperava andasse risolvendosi, aggravossi talmente che dovette di li a poco rivedere il letto. Aggiunse poi che quel dolore si fece ampio ed ascendente, andando a terminare alla parte posteriore nella regione lombare. E nel medesimo tempo richiamando l' infermo la mia attenzione alla piega inguinale, la trovai per così dire tumefatta e ripiena, colla pelle ancora del color normale; la qual tumefazione al palpamento si mostrava profondamente dolorosa e si sentiva egualmente resistente ed estendentesi in alto verso e sopra la cresta iliaca. Guardando poi alla region lombare, nel vuoto che rimane fra le ultime coste spurie e l' osso iliaco, a quattro dita circa dalla colonna vertebrale, mi si presentò alla vista un altra leggera e limitata tumefazione ovoidea colla pelle del color naturale, e che al palpamento si mostrava elastica, dolcemente resistente, e quasi scompariva sotto la pressione. Non poteva essere che una raccolta

---

(1) In alcune nevralgie del trigemino, e specialmente nel *tic douloureux*, resi vani i narcotici e gli anestetici, colle dette pillole ho troncato ipsofacto la malattia.

marciosa. Ma di qual lesione era l' effetto, e da dove proveniva? Ed insieme qual lesione stava a designare quella tumescenza dolorosa inguinale? Poteva essere un ascesso ossifluente o per congestione, proveniente dalla distruzione del corpo di qualche vertebra; poteva essere un ascesso perinefritico, un ascesso del tessuto cellulare della fossa iliaca, un ascesso dello psoas, o del tessuto cellulare che lo circonda, o considerando solo l' inguine tumefatto poteva forse trattarsi di una coxalgia. Esclusi l' ascesso vertebrale e perinefritico, poichè lesione alcuna nè dolore si riscontrava lungo la spina dorsale, e neppure in corrispondenza alla region renale, essendo inoltre regolare l' emissione delle orine, e queste pure grossolanamente giudicate normali.

Riguardo poi alla coxalgia, questa pure restava esclusa giacchè se da prima il dolore esisteva nella fossa iliaca ora si dimostrava ai lombi con tumefazione, indizio di raccolta marciosa, ciò che non si riscontra nella coxalgia; e poi quì non esisteva dolore in corrispondenza del gran trocantere, nè alla coscia, nè al ginocchio com' è solito osservarsi nelle coxalgie.

Restava quindi da risolvere la questione fra la psoite e l' ascesso del tessuto cellulare della fossa iliaca. Portato lo sguardo e la mano alla coscia destra e trovatala retratta e piegata sul bacino con rotazione all' esterno della gamba e del piede; invitato l' infermo a distenderla, indarno cerca di farlo e con vivissimi dolori, mi si parava innanzi un segno patognomonico della psoite. S' aggiunge poichè l' ascesso da psoite suole aprirsi nella regione ov' io ho riscontrata la tumefazione, mentre quello della fossa iliaca si schiude alla superficie della medesima, o in corrispondenza del grande o piccolo trocantere, ovvero si apre la strada nel peritoneo, e nell' intestino evacuandosi colle feccie, o per uno degli orifizi naturali che esistono alla parte inferiore del ventre, e seguendo il decorso dei vasi iliaci e femorali. Si noti ancora nel nostro caso la difficoltà delle marcie a farsi superficiali, la tumefazione uguale in tutta la fossa estendentesi fino alla parte superiore della cresta iliaca, il che sta a prova della psoite. Inoltre l' ascesso della fossa iliaca comincia generalmente con disturbi del tubo digestivo, perdite d' appetito, costipazione e diarrea, e talvolta con ammasso di materie stercoracee nell' ileo o nel cieco; presenta generalmente un tumore limitato, il quale si risolve con fenomeni violenti flemmonosi e dura per lungo tempo. Nel nostro infermo invece l' apparato digerente si conservava normale, come pure regolari erano le funzioni intestinali, nè riscontravasi assoluta inappetenza. Restava dunque escluso l' ascesso iliaco.

Fatta così la diagnosi di psoite, si dovea pensare alla cura, indispensabile più che ogni altra considerazione teoretica al letto dell' infermo. Trovandosi qui una raccolta marciosa ai lombi ne veniva l' indicazione sicura di evacuarla, sia essa proveniente da qualunque sia lesione organica o delle ossa o dei muscoli o del tessuto cellulare. Però per quella prima visita ho creduto bene attendere, così per garantirmi meglio della cosa, come per avere più resistente la tumefazione e più distesa la pelle da incidere. Al che ordinai applicazioni ammollienti e maturative alla regione inguinale ed ai lombi, giacchè era passata l' epoca in cui avrebbero valso sommamente gli antiflogistici. Stante però la grande emaciazione, e la perdita delle forze dell' individuo ordinai decotto di china, l' olio di fegato di merluzzo al protojoduro di ferro, e l' estratto di carne del *Liebig*.

Due giorni dopo tornai in quel paese per le visite ordinarie, e portatomi alla casa di B. lo ritrovai quasi nelle medesime condizioni di prima, salvo con dolore più intenso alla regione lombare. Rinnovata l' ispezione ed il palpamento, pareva la tumefazione lombare quasi scemata. Ciò non ostante non dubitai passare alla incisione, che io praticai sulla tumefazione con bisturì panciuto, parallela alla colonna vertebrale e per la lunghezza di circa 5 centimetri. Arrivato alla strato musculare, e sentendolo cedevole oltre modo, ho creduto bene arrestarmi, giacchè la prudenza in tali casi non è mai eccessiva. Ben sapevo che in tale malattia si dovea dare esito al pus il più presto possibile acciocchè non recasse guasti ulteriori, o si aprisse la via per entro la cavità peritoneale o in qualche intestino; ma non avea ancora dimenticati i molti inconvenienti che accompagnano di sovente i tagli profondi, specialmente quando si agisca sopra base troppo cedevole quali sono le pareti addominali. D' altronde nel mio caso non avendo lasciato al pus che le guaine e fibre musculari, da erodere e smagliare, era certo che in pochissimo tempo vi sarebbe riuscito, evitando tutti i pericoli che si incontrano col bisturì; e che essendo quello un luogo di minor resistenza il pus si sarebbe evacuato per quella via. Raccomandando ancora all' infermo i precetti igienici e la cura ristorante già nei giorni innanzi cominciata, da lui presi commiato.

Il polso dell' infermo in tutte le mie visite l' ho sempre trovato piccolo, frequente, ma regolare: non soffrì mai accessi febbrili ben distinti, bensì frequenti sudori.

Nella prima visita successiva intesi che non si era ancor vista marcia colare all' esterno, e che all' infermo dopo il taglio da me praticato

si erano mitigati i dolori che soffriva alla region lombare, il che egli attribuiva al poco sangue uscito dalla ferita. Io invece spiegai in altro modo questo apparente miglioramento, e cioè che il pus, mancando la resistenza della pelle, del tessuto succutaneo e pinguedinoso, ha potuto vieppiù distendere le pareti musculari, e così trovando maggior luogo da occupare, produceva minore stirameuto e dolore che prima. Nè per quel giorno osai approfondare il coltello, molto più che non vedeva avvenirne alcun inconveniente per ciò, e che anzi s' avanzava il lavoro della natura, e la tumefazione accresceva. E difatti andarono appena due e tre giorni che si squarciò anche lo strato musculare, per versarsi al di fuori pus in gran quantità, scorrevole, inodoro, color bianco turchiniccio. Osservando per entro alla apertura si vedeva la marcia provenire in gran parte dalla regione inguinale, anzi pigiando colla mano sopra di essa, specialmente vicino alla spina iliaca anteriore, e premendo piuttosto con forza aumentava lo scolo purulento, ovvero riprendeva se era cessato. L' uscita della marcia continuò quasi per due giorni e due notti, sicchè ad asserzione dei parenti che l' assistevano mi fu assicurato che saranno usciti dai 2 ai 3 litri di marcia. A questa tenne dietro un gemitio sieroso un po' torbido, il quale da continuo si fece intermittente, finchè dopo alcuni giorni dalla ferita ancora aperta non colava più liquido alcuno. L' infermo poi mi facea notare che dopo l' uscita del pus ha potuto distendere l' arto con facilità e fletterlo ancora, sebbene lo sentisse debolissimo e fiacco, specialmente la metà superiore della coscia, la quale pure era divenuta magra e stecchita.

Dietro la cura ristorante e riparatrice, le forze ritornarono, i copiosi sudori ebbero tregua, e dopo un mese circa di questa seconda malattia poteva di nuovo il B. riprendere la vita ordinaria, nella quale sebbene si lamentasse di indebolimento all' arto stato infermo, e dovesse schivare gravi lavori, mostravasi però senza imperfezione alcuna.

Qui veduto l' esito della malattia, giova dire qualche cosa sulla diagnosi differenziale fra infiammazione dello psoas e del tessuto cellulare che lo circonda. Io non metto dubbio nell' asserire che trattavasi del 2° caso, anzichè di vera psoite, giacchè se fosse stata in corso una vera psoite dovea essere all' infermo cosa del tutto impossibile distendere e portare nella sua dritta posizione l' arto prima che fosse evacuato il pus; ed evacuato questo non avrebbe mosso con tutta facilità l' arto, e non l' avrebbe piegato e disteso, giacchè collo psoas fuori d' azione i movimenti sarebbero stati intercettati. S' aggiunga poi che l' apparato fenomenale sarebbe stato ben più spaventevole se si fosse trattato di vera

psoite, nè in sì breve tempo avrebbe avuto un termine felice, bensì con gran facilità letale.

Ora esposte ambedue le infermità succedutesi nello stesso individuo a breve distanza l' una dall' altra, tornerà vantaggioso il discutere se e quale relazione vi sia stata fra loro, e se la sciatica non sia stata che sintomatica della psoite. Non dubito nel dichiarare che la sciatica sia stata indipendente dalla psoite, e che fra loro non vi sia relazione di sorta.

E primieramente dall' anatomia rilevo che il plesso che è in relazione col muscolo psoas è il lombare, il quale trovasi avvolto nel suo spessore; mentre il plesso sacrale od ischiatico si trova nell' escavazione del bacino, innanzi ed al di sotto della sinfisi sacro-iliaca. Dunque una secreta infiammazione dello psoas non poteva cagionare l' ischialgia dimostrata.

L' infermo poi lagnossi da prima di tormenti in modo speciale alla coscia ed alla gamba, e soltanto di quando in quando alla regione sacrale. Inoltre ai primi di Settembre era molestato dalla sciatica, mentre la psoite manifestossi soltanto dopo la metà dell' Ottobre seguente, correndo di mezzo un intervallo quasi libero. Si noti ancora che la sciatica fu debellata mercè la cura a lei appropriata, mentre non dovea cessare se era sintomatica di psoite, giacchè soltanto *ablata causa tollitur effectus*. Aggiungasi poi che durante la violenza della psoite, non vi fu mai accesso nevralgico di sorta che ricordasse all' infermo l' ischialgia patita.

I doloretti alla regione inguinale ed allo scroto che più o meno persistettero nell' intervallo tra la sciatica e la psoite, si spiegano subito osservando che anche dal plesso sacrale, da cui deriva l' ischiatico, partono rami per distribuirsi all' inguine ed organi genitali. Inoltre il dolore allo scroto scomparve all' insorgere della psoite.

Da queste considerazioni ed altre ancora che si potrebbero aggiungere si può dedurre che nel mio infermo si svilupparono due infermità distinte fra loro per natura ed essenza propria, senza che l' una fosse nè sintomo, nè effetto dell' altra. Forse non si può trovar fra di loro altra relazione che quella d' essere forse dipendenti dalla stessa causa, la quale non essendo nota si suole chiamare reumatica, giacchè solo questa nel mio infermo e non altra saprei rintracciare.

Soluzione di cloruro di calce nell' ottalmia contagiosa. — *Lettera del Dott.* C. Canuti, *al Dott.* G. B. Baravelli.

Collega Pregiatissimo

Voi siete il solo che io conosca, il quale abbia usato in molti casi (350 circa) d' ottalmia contagiosa i bagnuoli di soluzione di cloruro di calce, filtrata e limpida, insieme alle frequenti lavature di acqua semplice a rimuoverne il pus, dietro quel po' che io scrissi intorno l' utilità ben manifesta di un tal metodo nella malattia in discorso. (Bullettino delle Scienze Mediche, Serie 3ª Vol. 18° anno 1850, e Serie 4ª Vol. 18° anno 1862).

Voi ne verificaste appieno gli ottimi risultati, ma le vostre osservazioni non valsero ad accreditare detta cura.

Sappiate però che il Dott. *A. Preuss* di Berlino, nella sua recente Memoria sulla congiuntivite granulosa, annovera fra i rimedi preferibili contro di essa il liquore di cloro da infiltrarsi più volte al giorno negli occhi, affine di neutralizzare più che sia possibile la forza corrodente del pus. (Ippocratico Fascicolo 11. Anno 1870. 1° Semestre).

Io ammetto questa spiegazione, senza deviare dal giudizio che formava relativamente ai buoni successi della mia pratica. La soluzione di cloruro di calce, decantata e filtrata, agiva secondo me quale correttivo del fomite contagioso, ed anche come cateretico, per la base calcare, e così quasi analogamente al solfato di zinco, al nitrato d' argento tanto in uso oggigiorno.

Mi sovviene che avendo anni sono un ammalato nell' ex convento dell' Annunziata, m' imbattei a vedere Bersaglieri ivi da poco alloggiati. Alcuni erano nell' inizio della fatale ottalmia, e si andavano lavando gli occhi in un serbatoio comune d' acqua. Tentai dissuaderli, facendo loro riflettere: che in breve tutti sarebbero colti dal male. Non mi si diede retta, e purtroppo si avverrò la triste predizione. Accennai ancora al metodo di cura enunciato, ma non si volle apprezzarlo, e chi sa quanti danni costò una sì rigida avversione ed irragionevole pertinacia.

Si consideri che non tutto in terapia si può applicare con severa ragione patologica, mentre fa pur d'uopo talvolta giovarsi dell'empirismo, ed essere contenti di prendere norma anche solo da puri fatti.

L' egregio amico Dott. *Giuseppe Mischiati*, or fa sei anni, soggiacque

a cronica blefarite che a lungo lo disturbò, massime all' occhio sinistro, e con ipertrofia dei margini palpebrali. Infruttuosi sempre parecchi acconci rimedi esterni ed interni, egli accolse la mia proposta di saggiare per collirio la soluzione satura di cloruro di calce, da filtrarsi ad ogni applicazione, ed in breve mercè di un tal mezzo rimase libero della detta malattia. Rammentatogli da me a questi giorni il caso, egli con gentile sua lettera me lo ha pienamente confermato. Solo è dubbio che l' ostinata blefarite riconoscesse causa specifica. Ma si consideri che il *Mischiati* nel 1862 era impiegato allo Spedale Militare per la Sezione degl' infermi d' ottalmia granulosa, e dacchè fu introdotta da noi veramente non mancarono nè mancano occasioni nell' esercizio, d' incontrare il pericoloso principio.

Senz' altro gradite questa mia in segno ancora dell' affetto e della stima con cui mi pregio di affermarmi

Bologna 7 Marzo 1871.

Aff.mo Collega
Canuto Canuti.

Sulla cura dell' ascite dipendente da peritonite cronica.

Con questo titolo, l' eccellentissimo Sig. Dott. Cav. *Berardo Costantini* di Teramo, ha redatto una storia ben circostanziata, che risguarda certa Giuditta di Gregorio, contadina, la quale essendosi esposta a cause reumatizzanti, fu presa da peritonite che diede luogo a copioso versamento sieroso intra-addominale. Il medico che curava la Giuditta avendo trovati inefficaci i drastici ed i diuretici prescritti, chiamò il *Costantini* che, dopo attento esame, fatta diagnosi di *ascite dipendente da peritonite cronica*, eseguì la paracentesi addominale, e poscia prescrisse dieci centigrammi di tartaro stibiato in duecento grammi di acqua da consumarsi nelle ventiquattro ore, coll' ingiunzione di ripetere ogni dì l' uso di detta pozione, aumentando sempre di cinque centigrammi il rimedio, e proseguendo sino a che non fosse più tollerato.

Tale cura sortì un' esito felicissimo, giacchè la Giuditta di Gregorio guarì totalmente della sua infermità, ed è perciò che nei casi di ascite da peritonite reumatica cronica, il Dott. Cav. *Berardo Costantini* raccomanda ai medici di esperimentare, dopo avere colla paracentesi svuotato l' addome dal liquido contenutovi, l' uso interno del tartaro stibiato.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Sui gemiasmi (*gémiasmes*). — Osservazioni del dott. *Salisbury*.

Essendosi molto parlato di queste ricerche del dotto medico dell'Ohio, abbiamo stimato utile qui registrare le osservazioni e le esperienze intorno alla parte che esercitano secondo l' autore le *Confervoidee cellulari* della Tribù delle *Protocoidee* o di quelle delle *Coccocloree* nel produrre le febbri periodiche creando il genere *Gemiasma* (miasma terrestre). Ecco la base di questa opinione.

1. *Esame microscopico degli sputi e della espettorazione del mattino* — Questi prodotti hanno costantemente presentato delle spore fungoidi e diversi microfiti e microzoari; ma, nei luoghi delle febbri, e là soltanto si constatavano i gemiasmi, cellule che i loro nocciuoli obbligavano a riporre nella classe fitologica.

2. *Esame microscopico di lamine di vetro orizzontalmente sospese una notte sopra una palude.* — Si è trovato nell' umidità condensata alla superficie gli stessi corpuscoli come negli sputi e nell' espettorazione dei febbricitanti: ma al disopra e più lungi dei luoghi delle febbri, i gemiasmi mancavano sui vetri.

3. *Gemiasmascopio.* — Diamo questo nome ad un apparecchio immaginato dal dott. *Salisbury*, per raccogliere più comodamente che con lamine di vetro (e per osservare) i gemiasmi o *Alghe febbrili.* Questo apparecchio, consistente in una lamina di vetro verticale vicinissima al piccolo orificio di un imbuto orizzontale e intonacato di $CaCl_2$, sulla faccia che corrisponde a questo imbuto, è montato sopra un perno verticale che gli permette di girare in modo che presenti sempre il suo largo orificio al vento. Con questo apparecchio l' Autore ha constatato che i gemiasmi sono trasportati dal vento, che si elevano colle nebbie della notte e fino ai 10m, 20m, secondo i luoghi, che ricadono al suolo poco dopo il levare del sole, e che non esistono nelle regioni alte, a cui non giungono i vapori notturni ed ove la febbre intermittente è sconosciuta.

4. *Esame microscopico di una specie di cristallizzazione biancastra che non tarda a presentare la superficie, francamente esposta all'aria, di una turba smossa.* — Si è trovato che le pretese cristallizzazioni erano formate da aggregati di piccole cellule gemiasmatiche. L'osservazione ha dunque così colto il colpevole: *a*) sulla sua vittima; *b*) sul cammino che vi conduce (l'aria); *c*) sul terreno ove nasce.

5. *Effetti fisiologici immediati dei gemiasmi.* — La febbre intermittente franca non si mostra, in generale, che dopo qualche giorno di una specie d'incubazione: ma nelle diverse visite alle paludi che dovette fare l'Autore, ha avuto l'occásione di constatare su sè stesso, e di osservare in seguito sopra di altri, una specie di secchezza febbrile e sovente dolorosa della gola e del polmone, attribuibile alle alghe febbrigene, poichè esse si trovavano nelle materie espettorate. In mancanza di microscopio, questa sensazione speciale può indicare l'invasione delle vie respiratorie dai gemiasmi. *Salisbury* cita una famiglia abitante in paese paludoso una casa molto in alto, collocata per modo che le nebbie della notte non colpivano che i due terzi dell'altezza del primo piano; il padre e la madre dormendo a questo piano colle finistre aperte vennero colti da febbri intermittenti, mentre che i figli dormendo al secondo (e non alzandosi che dopo del sole) ne andarono completamente esenti. Si sentiva, del resto, l'ardore febbrile delle vie respiratorie nella camera dei primi, mentre nessuna sensazione analoga era percepita in quella del secondo.

6. *Sospensione di endemia di febbri intermittenti colla distruzione o col coprimento dei gemiasmi.* — Il dott. *Salisbury* cita due casi d'endemie circoscritte, nelle quali dopo di avere ricercato il terreno infetto, lo fece ricoprire una volta di calce viva, altra volta di paglia, arrestando l'estensione della malattia tanto con l'uno che con l'altro dei due spedienti. Nel secondo di questi casi, la lamina sospesa sopra il suolo malefico raccolse delle piante e delle spore di gemiasmi, fino a che il terreno rimase nudo, e cessò di raccoglierne dopo la formazione del letto di paglia.

7. *Produzione artificiale della febbre intermittente.* — Col soggiorno notturno di una terra con gemiasmi sulla finestra aperta delle camere al secondo piano, *Salisbury* ha dato, dopo 12 o dopo 14 giorni, la febbre intermittente agli abitanti di quelle camere, mentre che le persone che dormivano al primo nulla provavano. La cosa accadeva in un paese molto elevato e nel quale la malaria era completamente sconosciuta; delle lamine di vetro umettate con una soluzione concentrata di $CaCl_2$

ed appese sulla terra della finestra o nella camera, indicavano, del resto, l' espansione notturna delle piante e delle spore di gemiasmi e la loro penetrazione fino al letto dei soggetti sottoposti alla esperienza.

Tali sono le prove invocate dal sapiente medico dell' Ohio in appoggio della tossicità speciale dei gemiasmi. Vi hanno due principali specie di *alghe febbrili:* le *bianche* o leggermente tinte di giallo o di verde, più benigne e si trovano nei terreni sprovveduti di calcarei o d' acque incrostanti; le rosso-mattone (*rougebrique*), più atte ad indurre le congestioni dei visceri e che preferiscono i suoli calcari. Queste due specie, *gemiasma alba* e *gemiasma rubra*, si trovano sovente mescolate, ed allora le superfici fresche del suolo essiccato sembrano ricoperte di un miscuglio di farina e di mattone pilato.

(Annali di Medicina Pubblica, N. 6)

Della giusquiamina e della daturina, studiate sotto il punto di vista della loro azione fisiologica.

I dottori *Oulmont* e *Laurent* espongono in questa interessante memoria i risultati delle loro esperienze fisiologiche e terapeutiche col giusquiamo e collo stramonio, o piuttosto con i loro alcaloidi, scelti da essi come più acconci onde ottenere delle precise esperienze.

Risulta da queste, come il *giusquiamo* e lo *stramonio*, abbiano una somiglianza di azione, eguale presso a poco a quella della belladonna, senza che producansi i tanti formidabili fenomeni di attossicamento, quali son quelli prodotti da quest' ultima.

Tal serie di esperienze, istituite sugli animali e sull' uomo, anche col metodo ipodermico, hanno condotto gli autori alle seguenti conclusioni:

1. La giusquiamina e la daturina esercitano specialmente la loro azione sul sistema del gran simpatico.

2. A dosi tenui, diminuiscono la circolazione capillare, a dosi elevate determinano una paralisi vascolare.

3. La tensione arteriosa si accresce propinandole a piccole dosi attossicanti. Tali risultati non vengono punto modificati dalla sezione dei nervi pneumo-gastrici.

4. Il numero delle pulsazioni aumenta e l' ampiezza loro diminuisce.

5. La giusquiamina regolarizza i movimenti ritmici del cuore, la daturina accagiona sovente delle intermittenze ed anco delle soste di quest' organo. Arrecati su di esso direttamente, cotesti alcaloidi diminuiscono la frequenza dei battiti e producono l' assoluto arresto del cuore.

6. Accelerano sempre la respirazione.

7. La giusquiamina e la daturina non hanno punto un' azione diretta sul sistema nervoso della vita di relazione. La sensibilità e la motilità non vengono modificate. Le dosi tossiche attutiscono la sensibilità periferica.

8. Questi alcaloidi non hanno azione veruna sulla eccitabilità dei muscoli striati, e non modificano punto la loro struttura.

9. A debole dose accelerano i movimenti dell' intestino, ad alta dose li paralizzano.

10. I fenomeni generali, i quali si osservano, son dovuti alle modificazioni sopravvenute nel circolo; rapidamente scompaiono; gli alcaloidi si eliminano tosto e sopratutto per le urine, nelle quali possono rintracciarsi.

11. La dilatazione della pupilla è dovuta allo eccitamento del gran simpatico; il nervo del terzo paio è del tutto estraneo alla midriasi.

Le piccole dosi determinano generalmente un lieve aumento di temperatura, le forti per lo contrario diminuiscono quella centrale.

(*La Nuova Liguria Medica*, 28 *Febbraio* 1871)

Preparazione del catrame in emulsione zuccherata per l' uso interno. — Di *Roussin.*

Per evitare gli inconvenienti inerenti all' acqua di catrame, che è medicamento eminentemente variabile, *Gugoy* ha proposto di separare per distillazione la parte aromatica del catrame, di combinare la parte resinosa col carbonato di soda, e infine di riunire il tutto. Questa preparazione venne da *Jeannel* semplificata triturando il catrame col carbonato di soda ed emulsionando questo miscuglio coll' acqua.

Queste due preparazioni hanno l' inconveniente di fare intervenire la distillazione del catrame o almeno la sua associazione ed un carbonato alcalino, ciò che deve necessariamente modificare la sua composizione chimica, e per conseguenza lo sue proprietà terapeutiche. Sarebbe dunque preferibile di emulsionare il catrame per mezzo di un corpo neutro. *Adrian* propose il giallo d' uovo; *Roussin* diede la preferenza allo zuccaro che aveva già proposto nel 1863 per favorire l' emulsione del balsamo di copahu.

L' emulsione di catrame si ottiene facilmente triturando in un mortajo di porcellana del catrame zuccherato, fino ad ottenere una parte omogenea, cioè del catrame purificato, dello zuccaro polverizzato, e del-

la gomma in polvere. Si aggiugne acqua in piccola quantità, in maniera da ottenere l' emulsione, si lascia riposare e si decanta.

Quest' emulsione zuccherina non ha il sapore ributtante delle *emulsioni chimiche*: essa ha l' odore franco del catrame, come pure il suo sapore privato del principio acre e amaro. Essa è in ogni proporzione miscibile all' acqua, e perciò, con una emulsione madre, perfettamente dosata, si potrà preparare istantaneamente delle soluzioni racchiudenti la quantità desiderata del principio attivo.

(*Annali di Chimica, Febbraio 1871*).

Se il sottonitrato di bismuto sia un reagente fedele nell' analisi della glucosuria. — Del Prof. *Primavera.*

Tra i tanti reagenti dello zucchero diabetico ognuno sa che si annovera il sottonitrato di bismuto, ora in compagnia della soda caustica ed ora del protocarbonato di una di queste basi. Coloro che preferiscono il carbonato all' alcali caustico lo fanno perchè credono che solo a questo modo si possa facilmente evitare l' equivoco tra lo zucchero diabetico e l' albumina o altro principio organico solforato; ciò che però non è punto vero. La verità è che il sottonitrato di bismuto, per farsi nero allorchè bolle in una orina albuminosa, ha bisogno di maggior tempo quando è accompagnato dal carbonato di soda o potassa, che quando l' è invece dalla soda o potassa caustica; ma di questa diversità di tempo esso ha bisogno per farsi nero del pari in una urina zuccherina; sicchè l' inconveniente resta sempre lo stesso.

Ma vediamo se questo può scomparire usando qualche precauzione. Chi si sta soltanto al fenomeno dell' annerimento in quest' analisi non è un buon chimico, imperocchè realmente costui può prendere per ossidulo di bismuto il suo solfuro, e prender quindi per zucchero diabetico un principio organico solforato qualunque, o lo stesso acido solfoidrico. Ma se egli invece, ottenuto l' annerimento, cerca dopo di esaminare con una seconda operazione la natura chimica di questo, in tal caso si troverà sempre al coperto di un simile equivoco.

Adunque, allorchè si vuol usare il sottonitrato di bismuto per iscoprire una glucosuria, si agisca nel seguente modo. Messo in una provetta una decina di centimetri cubici dell' urina sospetta, vi si aggiunga poi un pezzettino di potassa caustica in cannula: indi si ponga a bollire sul-

la lampada ad alcool. Se il liquido, prima torbido e bianco come un latte, resta tal quale o si fa appena giallastro, dopo un mezzo minuto di bollore, ciò è il più bel segno che la glocosuria non esiste: se invece diviene nero o nerastro, allora non si conchiuda subito per l' affermativa, ma si lasci riposare una mezz' ora la provetta e poi si decanti fino a farvi rimanere nel fondo solamente la parte depositata. Ciò fatto si bagni un pezzettino di carta da filtro con gocce della soluzione di acetato di piombo, e con questa si chiuda la bocca della provetta, dopo di avervi versato un paio di grammi di acido cloroidrico; infine si porti la provetta medesima di nuovo sulla lampada facendola bollire per qualche minuto. Ora, una delle due: o quel deposito nero è fatto dall' ossidulo di bismuto, ciò che indica lo zucchero diabetico, ovvero dal solfuro dello stesso bismuto, ciò che rivela qualche principio organico solforato (1): ebbene, nel primo caso, la carta imbevuta del sale piombico rimarrà inalterata, mentre nel secondo prenderà il colorito di un nero splendido tutto particolare, dipendente dalla formazione di un lieve strato di solfuro di piombo. (*idem*)

VARIETÀ

Alcuni misteri della Chimica popolarmente spiegati, e nuova nomenclatura. — Pel Prof. Quirico Filopanti.

(*Continuazione e fine. Vedi fascicolo di Gennaio 1871, pag. 65*)

IV.

Signori Chimici, io non ho l' onore di essere del vostro numero: ma nemmeno Guyton de Morveau era un chimico di professione: era un avvocato! E non pertanto lo studio indefesso che ho fatto in tutta la mia vita dei principii fondamentali di varie scienze, mi rende ardito a dirvi con sicura fronte: che egli è impossibile che arriviate giammai a mettere insieme un sistema di nomenclatura chimica radicalmente migliore di quello che vi

(1) Può anche rilevare l' acido solfoidrico, ma allora l' annerimento avviene all' istante nel mescolamento, e senza il bisogno della potassa, nè dell' ebollizione.

prego di voler prendere in considerazione; non già perchè molti di voi non abbiano il necessario ingegno inventivo, e tutti poi la scienza più che sufficiente, per combinare le poche idee che ho io avnto la fortuna, più che il merito, di rivolgere in mente pel primo; ma soltanto perchè è nella natura delle cose che non possa esistere un più acconcio nè più semplice metodo di nomenclatura chimica, di quello che traducendo le formole in linguaggio ideogrammico.

Io reputo difficile, ma non impossibile, l'applicare un sistema analogo di nomi ad altre scienze; ed io stesso, in un' opera da me pubblicata alcuni anni sono in lingua Inglese, ne feci l' applicazione alla nomenclatura delle stelle fisse; ma la Chimica sembra nata, in qualche guisa, per questo metodo di nomenclatura: imperciocchè da una parte lo scopo di lei più essenziale è quello di scoprire la composizione dei corpi; e, per altra parte, la Natura segue, nella composizione dei corpi, delle regole numeriche di una stupenda semplicità e precisione.

Se il sistema della nomenclatura atomica fosse cattivo, non manchereste di rigettarlo, anche proposto da uno dei vostri: se egli è intrinsecamente buono, cesserà forse di esserlo perchè viene da un mediocre matematico, e non da un chimico?

Concedetemi questa libertà di dire, o Signori: la più grande, anzi la sola seria difficoltà che possa incontrare la nuova nomenclatura, è l' abitudine che voi avete del vecchio linguaggio: ma per quella tenuissima fatica che vi costerebbe di adottare il nuovo, vorreste voi togliere ai vostri allievi ed ai vostri successori i vantaggi che ne potranno ritrarre? Vorreste privar voi stessi della maggior facilità che vi troverete nell' impartire agli altri le vostre proprie cognizioni?

So bene che potreste opporre alla nuova nomenclatura la difficoltà di distinguere i corpi isomeri; ma vi sono più modi di vincere tale difficoltà. Potete in primo luogo citare la provenienza. Per esempio sapete che vi sono molte essenze, realmente diverse, ma che hanno comune la combinazione di 16 atomi di idrogene con 10 di carbonio. Il loro comune nome atomico sarebbe dunque **bàlbor**; ma vi è facile il distinguerle una dall' altra, dicendo balbor di trementina francese, balbor di trementina americana, balbor di cedro, di bergamotta, di cubèbe, di pepe, ec. Potete ancora distinguere uno dall' altro i varii isomeri cangiando l' ordine delle lettere

senza alterarne il valore individuale; come bàlbor, balàbor, bòrbal, ec. Si possono formare più di 100 di siffatte combinazioni di lettere, tutte esprimenti una eguale somma qualitativa e quantitativa di elementi chimici. Quando poi siete sicuri dell'ordinamento diverso degli atomi nella molecola, potete esprimere questa diversità nei rispettivi nomi atomici.

Più generalmente, tutto ciò che voi esprimete nelle formole ipotetiche, dette razionali: e nelle equazioni chimiche, si può tradurre fedelmente e completamente coi nostri nomi atomici. E questi avran sempre due vantaggi sulle formole brute, e razionali. saran più facili a ricordarsi, e più brevi a leggersi. Che se volete che la formola verbale, oltre al parlare all'orecchio, parli in qualche guisa anche agli occhi, come le formole ordinarie, scrivendo sulla lavagna o stampando nei libri le formole razionali e le equazioni, secondo il nostro nuovo linguaggio, fate in maiuscolo le vocali che indicano i quattro biogeni, egualmente che la vocale finale dei non biogeni, corrispondente alla loro atomicità. Le altre lettere siano in carattere distinto, ma minuscolo; e le sillabe ordinate in guisa da facilitare il confronto, e senza curarsi degli accenti, nè del raddoppiamento delle vocali per gli acidi, o per le basi. Valga per esempio l' equazione che esprime l' estrazione dell' **èbeco**, o gas acido carbonico, dal **bodebuclè**, o carbonato di calce, mediante la reazione, sopra questo, dell' **abàbucra**, o acido idroclorico, con che i due composti originali si risolvono in **èbeco**, o gas acido carbonico, detto ancora anidride carbonica, in **bèca**, o acqua, ed in **buclecucrà**, o cloruro di calcio:

bOdEbuclE + 2 bAcucrA =

bOcE + bEcA + buclEcucrA.

Sarà ben facile al maestro, coll' aiuto di questa formola, lo spiegare a' suoi allievi non solo l' avvenuta trasformazione, ma le ragioni di essa. È in fatti ben agevole opera mentale il comprendere che come si bilanciano le partite in un ben tenuto libro di ragionerìa a scrittura doppia, così tutti gli A, gli E, gli O, gli *ucle* e gli *ucra* si trovano presenti collo stesso numero di atomi tanto nel primo quanto nel secondo membro dell' equazione; i due *ba* del primo, per esempio, equivalgono al *ca* del secondo, ec. che tutti e tre i composti binarii del

secondo membro sono corpi saturi, poichè nel *boce* i due **e** biatomici del *ce* satollano l'unico **o**, quattratomico, del *bo;* nella *beca* i due atomi monoatomici *ca* saturano l'atomo biatomico *be;* e così nel *buclecucra* i due atomi monoatomici del *cucra* satollano l' atomo biatomico *bucle;* infine che si sono qui verificati due aforismi che fanno presagire le trasformazioni chimiche, cioè che i composti più complicati, e meno saturi, come il *bodebuclè*, tendono a cedere il posto ad altri meno complicati, e più perfettamente saturi. Insomma la nuova formola, in sedici sole sillabe, ci insegna tre o quattro volte di più che la vecchia formola tre volte più lunga della nostra.

E perchè dunque vorreste preferir quella a questa? Forse perchè vi pare che i nomi vecchi parlino più chiaro alla vostra mente che i nuovi: ma è una pura illusione, od un effetto dell' abitudine. Avvezzatevi per pochi giorni alla nuova nomenclatura, e questo nome, così breve, di *ècebo* richiamerà al vostro spirito tutte le idee ora associate alla lungaggine delle due frasi: *gas acido carbonico*, o *anidride carbonica;* insieme con altre idee, intorno alle quali queste vecchie denominazioni son mute. Ridete, o lasciate ridere dell' *ècebo* e del *dèci;* i nostri posteri rideranno, dal canto loro, della vostra anidride azotosa, e della carbonica. Ed avran torto; perchè queste denominazioni, introdotte pochi anni or sono, segnano un reale perfezionamento sopra le denominazioni anteriori: ma quel perfezionamento, che pur vi siete rassegnati ad accettare, era molto minore e meno importante del passo che si moverà coll' adozione della nomenclatura atomica.

Affin di rendere più agevole questo passaggio, io proporrei un' altra cosa: cioè di salvare provvisoriamente la parte migliore del vecchio bagaglio, associandolo al nuovo, in via di sinonimia. Dite per esempio:

bòebe, o gas ossido di carbonio;
ècebo, o gas acido carbonico;
fobébar, o étere;
ofbèbar, o alcool butilico;
oncefibrà, o cafeina;
dodèna, o glicerina;
mòna, o toluène;
olbìma, o anilina;
lòla, o benzina.

Dopo che, per un certo periodo di tempo, avrete pronunciati insieme il primo ed il secondo nome di una di queste coppie, tutte le idee ora associate al secondo nome si troveranno direttamente associate col primo: per esempio quella paroletta così snella di *lòla*, non solamente vi ricorderà la combinazione di sei atomi di carbonio con sei di idrogene, di che il vecchio nome di benzina non vi dice nulla, ma il vostro pensiero correrà da sè a schierarvi dinanzi alla mente la grande volatilità di quel liquido, la facoltà di sciogliere i corpi grassi, la comodità, che nàsce da quelle due proprietà, di levar le macchie untuose; l' uso, anche più importante, che se ne fa, per la formazione dell' *olbima*, od *anilina*, madre di splendidi colori nella moderna tintoria; e tutte le altre qualità che ora conoscete o scoprirete in seguito nel corpo da voi ora chiamato benzina. Questo vecchio nome vi parrà allora un ingombro peggio che inutile, e lo lascierete cadere.

Dico che vi parrà peggio che inutile, perchè le etimologie di quelle parole benzina, anilina, come di tante altre dello stesso stampo, son oscure od inesatte. Questi due liquidi, così preziosi nell' industria, si estraggono ora, lo sapete meglio di me, dalla pece di carbon fossile, non dal belzoino o dall' *anìl*. Ma poi, quanti di voi sanno che cosa sia l' *anìl?* Non lo saprei neppur io, se per accidente non l' avessi trovato in un libro inglese: è una parola indostanica, che vuol dire indaco. Se Davy avesse scoperto uno dei due elementi del sale marino, o sal comune, in una qualunque vivanda salata, ed invece di dargli, come fece, il bel nome di cloro, gliene avesse dato un altro allusivo all' origine accidentale della sua scoperta, ma preso da una lingua Asiatica, egli non avrebbe eccitato le risa degli ignoranti, ma avrebbe meritato quelle dei veri dotti, più ancora che se l' avesse direttamente e grossolanamente chiamato *la salamìna*. Almeno ci sarebbe stato il vantaggio dell' intelligibilità. Molte, pur troppo, delle etimologie della vecchia nomenclatura non valgono in sostanza nulla di meglio dell' esempio ideale che vi ho addotto.

V.

Nel precedente capitolo, io rivolsi il mio discorso direttamente ai chimici di professione. Ora torno a voi, miei buoni lettori della maggioranza. Non crediate che tutti i nomi della chimica organica, in mancanza di una etimologia chiara e verace, sieno almeno così lisci da pronunciare, come quei due, che ultimi ricordai, di anilina e di benzina.

Sentite questo, e provatevi a ripeterlo tutto in un fiato, se siete capaci:

Idrato di tetretilpropilbutilamilammonium.

Nella nomenclatura atomica ha un nome non invero dei più gentili frai nostri, ma sicuramente meno atto ad esaurire le forze vocali di un uomo, che quella fenomenale catasta di diciassette sillabe.

Il suo nome atomico è: **bofbibedàd;** il suo pronome sarà **odàd.** Se volessimo tenerci non al fatto certo della composizione complessiva, ma all' ardita ipotesi espressa da quel lunghissimo nome, noi potremmo più brevemente e più chiaramente esprimere la relativa formola ipotetica colle parole atomiche.

Quattro nomi agglomerati in quel gran parolone appartengono alla famosa serie chimica detta dei radicali alcoolici e monoatomici; serie la quale sostiene una parte grandissima nella nuova teoria chimica, ed è intimamente legata ad altre serie non meno importanti. Ora, per farvi meglio toccar con mano i vantaggi pratici della nuova nomenclatura, e per aprirmi l' adito a spiegarvi qualche altro mistero di Chimica, vi trascriverò i nomi dei quattro primi termini di sei fra quelle serie, prima nel vecchio, poscia nel nuovo linguaggio:

Mètile, etile, propile, butile;
metilèno, etilèno, propilèno, butilèno;
idruro di metile, di etile, di propile, di butile;
alcool metìlico, etìlico, propìlico, butìlico;
aldèide fòrmica, acètica, propiònica, butìrica;
àcido formico, acètico, propiònico, butìrico.

Se volete rinnovare il mio esperimento coi farmacisti giovani e vecchi, non fo loro torto a predire che la maggior parte anche dei giovani, peggio poi dei vecchi, si

troverebbero impacciati a dirvi la precisa composizione chimica di questi 24 corpi, cotanto celebri ed importanti nella Chimica moderna.

Ma se io vi dico i 24 nomi atomici corrispondenti, e se vi ricordate i valori convenzionali delle lettere nella nostra nomenclatura, novizio come siete, non avrete bisogno che di un poco di pazienza per saper trovare da voi, senza maestro, l'esatta composizione di ciascheduno. Per maggior sicurezza vi ripeto le indicazioni generali:

a;	**e**;	**i**;	**o**;
idrogene;	*ossigene;*	*azoto;*	*carbonio.*

b,	**c**,	**d**,	**f**,	**g**;	**l**,	**m**,	**n**,	**p**,	**r**.
1,	2,	3,	4,	5,	6,	7,	8,	9,	0.

L' accento sull' ultima vuol dir solido; sulla penultima, liquido; sulla terz'ultima, gaz. La presenza della lettera *s* nel nome atomico indica lo stato ipotetico, ma non ancora isolato nè verificato, del corpo.

La ripetizione della vocale non altera il valore suo, nè delle consonanti, ma se la vocale ripetuta comincia la parola, indica un acido.

Ecco ora i primi nomi atomici delle sei serie:

boda, gaco; doma, pafo;
bòsaca, fàoco; dòala, nàofo;
bòafa, làoco; dòana, bàrafo;
bobèfa, becòla; benàdo, ofbèbar;
bobèsca, becòfa; belàdo, ofbèna;
ecebòca, ececofà; eceladò, ecefonà.

Batti, ma ascolta, diceva Temistocle. Ridete, ma poi riflettete, dirò io. Vi siete voi accorti delle curiose leggi che governano questi apparentemente stranissimi nomi? Per maggior sicurezza ve le farò notar io, ma prima vi dirò qualche cosa intorno ai nomi ordinarii ed agli usi di alcuni di questi 24 corpi. I primi quattro servono senza dubbio ai reconditi fini della natura, ma non direttamente a noi, perchè non si è ancora riusciti ad isolarli, eccettuato forse il primo: perciò i loro nomi atomici non portano accento. Il primo della seconda serie, *bòsaca*, ed il primo della penultima, *bobèsca*, sono pure ipotetici, ciò che viene indicato dalla lettera *s*. Tutti 24 questi

corpi portano, nella vecchia nomenclatura, una grande varietà e moltiplicità di nomi, atta a confondere la memoria e le idee.

Il primo termine della quarta serie, *bobèfa*, si chiama nella vecchia nomenclatura alcool metilico, e più volgarmente, ma più intelligibilmente, spirito di legno. È usato nell' industria, come sostituto o compagno del vero alcool, per isciogliere le resine e le gomme nella fabbricazione delle vernici e dei colori di anilina. La becòla, che costituisce il secondo termine di quella stessa serie, è l' alcool vinico, od il vero alcool, di estesissimo uso tanto nell' industria, che nell'economia domestica. La becòfa, nella susseguente serie, è l' aldeide principale. L' alcool, puro o mescolato, bevuto in eccesso diventa pernicioso anche per la sua trasformazione in aldeide nelle vene dei beoni. L' ececofà, o acido acetico, è la parte essenziale dell' aceto comune: questo, infatti, non è che acido acetico disciolto e diluito.

Il primo termine della terza serie è il gas delle paludi. Quanto si ingannerebbe chi credesse la sua composizione fatta a casaccio, come la forma del fango, e dei frantumi di carbon fossile da cui si estrae! Ogni sua molecola, come già dissi nel secondo capitolo, è regolarmente formata da un atomo di carbonio, *bo*, e da quattro di idrogene, *fa;* di qui il suo nome atomico *bòfa*, allungato in *bòafa*, onde trasportar l' accento, ed indicare il suo stato aeriforme. La bòafa è l' elemento più abbondante, ma non il migliore, del gas dell' illuminazione. L' elemento migliore di questo è il fàoco, che forma il secondo termine della nostra seconda serie. Una delle ragioni per cui è il migliore, apparisce direttamente dai nostri stessi nomi. È chiaro che in *fàoco* c' è una quantità, *co*, di carbonio, doppia di *bo*, che è in *bòafa*, per una data quantità *fa* di idrogene: ora, nell' abbruciamento del gas misto, il calore proviene principalmente dall' idrogene, ma la luce principalmente dal carbonio. Un' altra ragione della superiorità illuminante del fàoco sta nella sua densità, maggiore di quella della bòafa, nel rapporto di 7 : 4; ma anche questo stesso rapporto di pesi si potrebbe dedurre, benchè in un modo più indiretto, dal confronto dei due nomi, moltiplicando i pesi atomici, 1, 12, pei rispettivi esponenti, con che si ottiene 28 pel peso molecolare del fàoco, 16 per quello della bòafa: ora 28 : 16 :: 7 : 4. Come si farebbero questi calcoli col solo appoggio dei vecchi nomi idruro di metile, formeno, proti-

leno, gas oleo-faciente? Ma, diranno forse i partigiani della vecchia nomenclatura, almeno uno di questi vecchi nomi, quello di gas oleo-faciente, è facile a ritenersi, ed espressivo. Caro lettore, non vi fidate mai di queste etimologie chimiche. È vero che nell' olio comune è contenuto anche del fàoco, come vi è contenuta la bòaca o gas delle paludi, ma non è a ciò che allude quel nome; allude invece ad un liquido il quale si ottiene combinando questo gas col cloro, e che si chiama olio olandese, perchè fu scoperto da quattro chimici olandesi!

Altri partigiani della vecchia nomenclatura preferiranno invece la parola *etileno*, perchè ricorda i rapporti di questo gas coll' *etile*. Ma quali sono questi rapporti? domanderò io. Potete conoscerli benissimo da altra fonte: ma non è mica il nome che ve li dice. Taluno potrà forse immaginare che la struttura molecolare dei quattro corpi composti, etile, metile, etileno, metileno, sia più o meno complicata in ragione della lunghezza del rispettivo nome: è tutto il rovescio; l' etile è più complicato del metile; questo più dell' etileno, ec. Ma se, invece di imparare tutta questa babilonia di nomi, metile, etile, metileno, etileno, propionene, butilene, che vuol dire una cosa, butirene, che ne significa un' altra, benchè l' etimologia sia la stessa, e vi corrispondano egualmente male, aveste imparato i relativi nomi atomici, sareste guidati dal suono stesso, a comprendere di volo, ma chiaramente, ed esattamente, tutti i rapporti di somiglianza e di differenza che intervengono nella composizione intima di questi vari corpi.

Cominciate ad esaminare i quattro nomi della seconda serie:

bòsaca, fàoco; dòala, nàofo;

vedrete che le consonanti che precedono l' **o**, significano rispettivamente 1, 2, 3, 4 atomi di carbonio; ma quelle che precedono l' **a**, significano rispettivamente 2, 4, 6, 8, insomma il doppio del numero degli atomi di carbonio che compiono la molecola; la vocale finale ripetuta non è che un riempitivo per rendere sdrucciola la parola, ed indicare lo stato aeriforme del corpo. Il termine generale di questa serie in linguaggio nostro sarebbe *tòcuta*, esprimendo colla consonante *t* un numero qualunque, e colla sillaba *cu* la moltiplicazione per 2. Ma la serie fon-

damentale, fra quelle sei, è la terza, o quella dei *catòcuta*, che contiene tutti e soli gli **ao**, od idrocarburi, perfettamente saturi. Ogni termine vi presenta un numero di atomi di idrogene eguale al doppio di quelli del carbonio, più due. Ma la prima, che è quella dei celebri radicali, differisce dalla serie sàtura in questo, che contiene, termine per termine, un atomo di meno di idrogene: il suo termine generale è *batòcuta*. Di qui sorge ovvia la spiegazione della frequentissima ed energica azione che sembrano esercitare questi radicali come elementi monoatomici: imperciocchè, avidi, come eglino sono, di acquistare o ricuperare quella minima particella che manca a compire il loro piccolo edifizio moleculare, tendono a strapparla a sè, dovunque possono rinvenirla.

Le son cose a voi ben note, signori professori di Chimica: ma non vedete voi come questi nuovi nomi vi porgerebbero facilità di spiegarle ai vostri discepoli, meglio che coi nomi di etile, etileno, ecc.?

Le leggi che informano ciascuna di queste diverse serie, ed i loro reciproci rapporti, sono così belle e così semplici, ed è tanto ovvia la corrispondenza fra il nome atomico e la composizione del corpo rappresentato, che se voi, miei lettori non chimici, avete sott' occhio o vi rammentate anche di pochi soltanto fra questi nomi, saprete facilmente rinvenire da voi anche gli altri che li precedono o li seguono. Per cagion d' esempio, quale sarà, a vostro credere, il trentesimo alcool? Fateci i conti, e troverete da voi che dev' essere *belàcdor*, ossia 30 atomi di carbonio, *dor;* due volte 30 più 2, ossia 62 atomi di idrogene, *lac;* ed uno di ossigene, *be*. Non vi siete ingannati. Colle loro storte, coi loro alambicchi, colle loro reazioni, colle loro analisi e sintesi, i chimici han verificato che tale è in effetto l' intima costituzione atomistica del trentesimo alcool!

Gli Scandinavi avevano una curiosa specie di poesia, in cui l' allitterazione, o ripetizione della medesima lettera a dati intervalli, teneva luogo di rima. Nelle serie chimiche, espresse col nostro linguaggio atomico, ha luogo, come vedete, un ordinamento di lettere ben più stretto e difficile di quello delle allitterazioni e degli acrostici: ed è tutt' altro che un frivolo giuoco di parole. E non pertanto avvi qui pure della poesia; anzi una poesia molto più sublime di quella di Omero, di Dante, e di Shakespeare.

Ed il Poeta? Io ve l' indicherò con uno dei suoi nomi che, per fortuna, rimane ancora qualche poco rispettato: la **natura**! La sonorità materiale dei nostri nomi atomici, benchè esposta a far sorridere quelli che non li comprendono, non è che un imperfettissimo e pallido riverbero di qualche cosa sommamente seria, e smisuratamente profonda: il ritmo eterno della Natura.

L' armonia, ch' essa ha posto in tutte le sue opere, non è punto più meravigliosa nell' immensità dei cieli, di quello che nell' abisso degl' infinitamente piccoli, cui la Chimica è riuscita in parte a scandagliare.

Nota. — Sarebbe una meraviglia troppo grossa una lunga stampa senza errori. Nel precedente fascicolo ne sfuggirono diversi, uno solo dei quali vogliamo qui specificatamente correggere, onde trarne occasione per far viemmeglio rilevare uno dei grandi vantaggi della nuova nomenclatura. Invece di **abàbucle**, doveva dire **abàbucra** (acido idroclorico). *Abàbucle*, cioè uno d' idrogene ed uno di calcio, se esistesse, non sarebbe un corpo saturo. Ben lo è *abàbucra*, cioè un atomo *b*, di idrogene **a**, monoatomico, contro un atomo *b*, di *ucra*, o *cloro*, altro elemento monoatomico, come si scorge dalla vocale finale *a*.

Voi conoscete dall' accento che questo corpo è un gas, ma vedete ancora dalla geminazione della prima vocale *a*, ch' egli è un acido. Di qui argomenterete che quell' unico atomo di idrogene, *ba*, potrà essere facilmente sostituito da un altro atomo di un elemento monoatomico più energico, quale si è il potassio, *upsà;* infatti nasce da quella sostituzione un altro corpo saturo, fortunatamente dei più abbondanti nella natura, cioè il sale comune, chiamato cloruro di sodio nella nomenciatura ordinaria, e nella nostra **bucrabusdà.**

Confrontate, e vedrete quanto quest' ultimo nome vi dica e vi spieghi più del primo.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

RIVISTA DEGLI SPEDALI DI BOLOGNA

Ospedale Maggiore — Sezione del Prof. Rizzoli

Allungamento immediato dell'arto inferiore destro per trauma all' articolazione cosso femorale. Guarigione. — Giovanini *Dott.* A. . . . . pag. 134

NOTIZIE COMPENDIATE INEDITE

Ischialgia e psoite. — Rizzi *Dott.* G. . . . . » 137
Soluzione di cloruro di calce nell' ottalmia contagiosa. — *Lettera del Dott.* C. Canuti . . . . . » 143
Sulla cura dell' ascite dipendente da peritonite cronica. — Costantini *Dott.* B. . . . . » 144

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Sui gemiasmi. Osservazioni. Salisbury . . . . . » 145
Della giusquiamina e della daturina studiate sotto il punto di vista della loro azione fisiologica. — Oulmont *e* Laurent » 147
Preparazione del catrame in emulsione zuccherata per l' uso interno. — Roussin. . . . . » 148
Se il sottonitrato di bismuto sia un reagente fedele nell' analisi della glucosuria. — Primavera . . . . . » 149

VARIETÀ

Alcuni misteri della Chimica popolarmente spiegati e nuova nomenclatura. — Filopanti *Prof.* Quirico *(continuazione e fine)* » 150

Condotte Medico-Chirurgiche

Provincia di Ravenna. Comune di Fusignano. — È aperto il concorso a tutto Marzo alla condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 1500.

Provincia di Ancona. Comune di Serra de' Conti. — Condotta medico-chirurgica collo stipendio di L. 200 mensili Concorso aperto a tutto Marzo.

Provincia di Forlì. Circondario di Rimini. Comune di Montefiorito. — Condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 2000, oltre comoda casa d' abitazione gratuita. Concorso a tutto Marzo.

Castel S. Pietro (Emilia). — A tutto il 25 Marzo è aperto il concorso ad una condotta medico-chirurgica, coll' annuo assegno di L. 1300.

Comunità di Modigliana. — Condotta chirurgica coll' annuo assegno di L. 2100. Concorso a tutto Marzo.

Provincia di Como. — Consorzio per la condotta medica di Fino Mornasco ed uniti. È aperto il concorso a tutto il 15 Aprile al posto di medico-chirurgo coll' annuo assegno di L. 2300, oltre all' alloggio gratuito.

Giunta Municipale di Lentiai. — A tutto Marzo è aperto il Concorso alla Condotta medico-chirurgica ostetrica, con annuo stipendio di L. 2250.

Municipio di Viterbo. — Condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 2500. Concorso a tutto Marzo.

Città di Fano. — Concorso a tutto il 15 Aprile alla condotta medico-chirurgica coll'annuo stipendio di L. 2500.

Provincia di Pesaro e Urbino. Comune di S. Ippolito. — Concorso a tutto il 10 Aprile alla condotta medico-chirurgica, coll' annuo assegno di L. 2000.

L' Accademia Medico-Chirurgica di Perugia dopo un lungo silenzio si è ora di nuovo ricostituita e già dà segno di sua esistenza e speranza di rinnovare l' epoca brillante che ebbe in passato.

Il seggio è così composto

Torelli Prof. Ruggero *Presidente.* — Salvatori Cav. Prof. Braccio *Vice Presidente.* — Severini Prof. Giuseppe, Mortara Prof. Cav. Elia, Vecchi Prof. Annibale, Purgotti Prof. Enrico *Censori.* — Madruzza Prof. Giuseppe *Cassiere.* — Marroni Prof. Giuseppe *Segretario.* — Berarducci Dott. Carlo *Vice Segretario.*